



Auditoria Operacional nos Hospitais: Estudo Comparativo entre o Setor Público e o Privado

Mariana de Jesus de Almeida Ferreira

2090263

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Auditoria

Porto – 2015

**INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**



Auditoria Operacional nos Hospitais: Estudo Comparativo entre o Setor Público e o Privado

Mariana de Jesus de Almeida Ferreira

2090263

**Dissertação de Mestrado
apresentado ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto para a
obtenção do grau de Mestre em Auditoria, sob orientação da Professora Doutora
Susana Adelina Moreira Carvalho Bastos**

Porto – 2015

**INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**

Resumo:

Dada a sua estrutura organizacional complexa e a natureza delicada do serviço prestado, os hospitais carecem de uma gestão eficaz e eficiente que os transforme em organizações de excelência. Fatores externos derivados das atuais imposições governamentais, como a necessidade de reorganização dos serviços no sentido de contenção de custos, a obtenção de resultados económicos positivos e, a incessante necessidade dos utentes em obter um atendimento de qualidade, são fatores que não simplificam o problema.

As melhorias da qualidade dos serviços de saúde têm sido difíceis de implementar em Portugal, não só porque estas exigem uma mudança fundamental na forma de pensar e de agir que conduzam à alteração de comportamentos, hábitos e de práticas estabelecidas, mas também, porque estes processos requerem tempo, resiliência e uma participação ativa do Estado, e demais entidades reguladoras. A exigência neste processo torna-se fundamental ao nível da segurança, flexibilidade e da atuação sobre fatores estruturais e comportamentais, dado que os conceitos de economia, eficiência e eficácia são transversais a todos os procedimentos, desde o ato de atendimento, à qualidade dos serviços prestados por todos os profissionais e à performance global dos atores envolvidos.

No entanto, apesar da importância de que se reveste um processo de mudança, o conhecimento de facto, por si só, não é suficiente para desencadear e manter esta transformação, ainda não existe uma clara e concreta correlação entre análise e ação. Entende-se por isso, a necessidade do desenvolvimento do *benchmarking* hospitalar, integrado na filosofia do *Balanced Scorecard*, complementado com a opinião dos utentes e dos profissionais destes serviços de saúde, comparando o setor público com o privado.

Após efetuada a análise aos dados recolhidos, recorrendo à utilização das metodologias previamente identificadas, concluímos que, a generalidade das hipóteses formuladas se verificaram, tendo, por isso, alcançado os objetivos a que nos propusemos nesta investigação.

Palavras chave: Hospitais; Balanced Scorecard; Desempenho; Auditoria.

Abstract:

Due to its complex organizational structure and to the delicacy of the service provided, the hospitals need an efficient and effective management that transforms them into excellence organizations. External factors derived from the actual governmental impositions, as the need to reorganize the services in order to contain the costs, the obtention of positive economic results and, the incessant need of the users in obtaining an attendance of quality, are factors that do not simplify the problem.

The improvements of quality of the health services have been hard to implement in Portugal, not only because these require a fundamental change in the way of thinking and acting that conduct to the change of behaviour, habits and of established practices, but also, because these processes require time, resilience and an active participation of the Government, and other regulator entities. The exigency in this process becomes fundamental at the level of security, flexibility and action upon structural and behavioral factors, given that the concepts of economy, efficiency and effectiveness are transversal to all the procedures, since the act of attendance, to the quality of the services provided for all the professionals and to the global performance of the involved actors.

However, despite the importance in which is coated a process of change, the knowledge of fact, by itself, is not enough to initiate and maintain this transformation, there isn't still a clear and concrete correlation between analyses and action. Therefore, it is understood that the need of the development of the hospitalar benchmarking, integrated in the philosophy of the Balanced Scorecard, complemented with the opinion of the users and the professionals of these health services, comparing the public system with the private.

Once performed the analyses of the collected data, using the methodologies previously identified, we've concluded that, the generality of the formulated hypothesis have been verified, having, therefore, achieved the objectives to which we've purposed ourselves on this investigation.

Key-words: Hospitals; Balanced Scorecard; Performance; Auditory.

À memória do meu pai,
do meu Avô Carpinteiro, Meu Velho, Meu Amigo
e da minha querida avô Irene.

Agradecimentos

À minha família:

À minha mãe, pelo amor, apoio, carinho, compreensão e sobretudo por me mostrar como é ser uma lutadora.

À minha irmã, por estar sempre onde eu mais preciso dela e por desfazer sempre todos os nós.

À minha madrinha, por tudo o que já fez por mim e por me ter dado a mais linda e querida inspiração, a Kika.

Ao Daniel, por todo o amor, por toda a paciência, sem ti este percurso tinha sido bem mais escuro e triste.

À minha fantástica orientadora:

Pelo dom que ela possui. Saber ensinar, saber ter paciência, e querer o melhor dos outros, são virtudes de poucos!

Sem vocês isto não seria possível,

A todos o meu muito obrigado.

“Muitos, por exemplo, pensam que as mudanças e as reformas podem acontecer em pouco tempo. Eu creio que será sempre necessário tempo para lançar as bases de uma mudança verdadeira e eficaz. Este é o tempo do discernimento.”

Papa Francisco, 2013

Lista de Abreviaturas

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ADM – Assistência na Doença aos Militares
ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
APHP – Associação Portuguesa de Hospitalização Privada
ARS – Administração Regional de Saúde
BSC – *Balance Scorecard*
CA – Conselho de Administração
CAE – Código de Classificação das Atividades Económicas
CE – Comissão Europeia
CEAOB – *Committee of European Audit Oversight Bodies*
CEE – Comunidade Económica Europeia
CHSJ – Centro Hospitalar de São João
CLC – Certificação Legal de Contas
CMVM – Comissão do Mercado de Valores Mobiliários
CMVMC – Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas
CNSA – Conselho Nacional de Supervisão de Auditoria
CP – Contrato-Programa
CSC – Código das Sociedades Comerciais
CT – Código do Trabalho
DF – Demonstrações Financeiras
DGS – Direção Geral de Saúde
DL – Decreto-Lei
EIP – Empresas de Interesse Público
EPE – Empresas Públicas Empresariais
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
EU – OSHA – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
EUA – Estados Unidos da América
EUROFOUND – Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho
FSE – Fornecimentos e Serviços Externos
GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo
GJMS – Grupo José Mello Saúde
ICM – Índice de Case-Mix
IFAC – *International Federation of Accountants*
INE – Instituto Nacional de Estatística
INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde
INTOSAI - *International Organization of Supreme Audit Institutions*
INTOSAI - The International Organization of Supreme Audit Institutions
IPAI – Instituto Português de Auditores Internos
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
IRAR – Índice de Readmissões Ajustadas pelo Risco
ISA – *International Standard on Auditing*
ISCAP – Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto
KMO – Kraiser-Meyer-Olkin
KPI – Key Performance Indicators

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MEP – Método da Equivalência Patrimonial
MLP – Médio e Longo Prazo
MSA – Medidas de Adequação de Amostragem
NA – Não Aplicável
NPM – New Public Management
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPSS – Observatório Português de Saúde Pública
PET/TAC – Tomografia de Emissão de Positrões com Tomografia Axial Computarizada
PIB – Produto Interno Bruto
PMP – Prazo Médio de Pagamentos
PMR – Prazo Médio de Recebimentos
PNS – Plano Nacional de Saúde
POCMS – Plano Oficial de Contabilidade do Ministério Público
PPP – Parcerias Público-Privadas
PWC – PricewaterhouseCoopers
RLP – Resultado Líquido do Período
ROC – Revisores Oficiais de Contas
ROI – *Return on Investment*
ROS – *Return on Sales*
SAD – Saúde e Assistência na Doença
SAI – Sistema de Auditoria Interna
SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social para bancários
SAO – Sistema de Auditoria Operacional
SCI – Sistema de Controlo Interno
SGPS – Sociedades Gestoras de Participações Sociais
SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SNC – Sistema de Normalização Contabilística
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA – Setor Público Administrativo
SROC – Sociedade de Revisores Oficiais de Contas
SST – Segurança e Saúde no Trabalho
TAC – Tomografia Axial Computarizada
UAG – Unidade Autónoma de Gestão
UE – União Europeia
UM – União Monetária
USF – Unidades de Saúde Familiar
VN – Volume de Negócios
WHO – World Health Organization

Resumo:	iii
Abstract:	iv
Agradecimentos	vi
Lista de Abreviaturas	viii
 Introdução	 1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	3
1.1 O Sistema de Saúde Português	5
1.2 O New Public Management	8
1.3 A Estrutura Hospitalar em Portugal	12
1.3.1 Hospitais EPE (antigos S.A)	12
1.3.2 Hospitais Parcerias Público – Privadas (PPP)	17
1.3.3 Hospitais Privados	20
1.4 Assimetrias e Desigualdades na Saúde em Portugal	22
1.5 Auditoria na Saúde	24
1.5.1 Auditoria Financeira na Saúde	24
1.5.2 Auditoria Operacional na Saúde	28
1.6 <i>Corporate Governance</i> no setor público	32
1.7 Economia, Eficiência e Eficácia Hospitalar: A Avaliação de Desempenho	35
1.8 O <i>Balanced Scorecard</i> e a sua aplicação na área hospitalar	38
1.9 Questões de Investigação decorrentes da Revisão Bibliográfica	42
Capítulo II – Metodologias de Investigação	43
2.1 Enquadramento Teórico da Metodologia a Utilizar	45
2.1.1 Método Qualitativo e Quantitativo	46
2.1.2 Triangulação	48
2.1.3 Estudo de Caso	49

2.1.4 Inquérito por Questionário	51
2.1.5 Inquérito por Entrevista.....	52
2.1.6 Análise de Conteúdo	52
2.1.7 Análise de Dados.....	54
2.2 Identificação do Problema	54
2.2.1 Motivação na escolha do tema	55
2.2.2 Definição da Amostra.....	56
2.2.2.1 Centro Hospitalar de São João	58
2.2.2.2 Hospital CUF Porto	63
2.2.3 Hipóteses e Questões de Investigação.....	67
2.2.3.1 Público vs. Privado – 1ª Dimensão.....	68
2.2.3.2 Auditoria Operacional – 2ª Dimensão	68
2.2.3.3 Perceção dos Utentes – 3ª Dimensão.....	69
Capítulo III – Estudo Empírico.....	71
3.1 Análise Económico – Financeira	73
3.1.1 Análise do Balanço.....	73
3.1.2 Análise da Demonstração de Resultados por Naturezas	77
3.1.3 Análise de Rácios	80
3.1.3.1 Rácios de Liquidez	80
3.1.3.2 Rácios de Estrutura Financeira	81
3.1.3.3 Rácios de Rendibilidade	83
3.1.3.4 Rácios de Atividade.....	85
3.2 Inquérito por questionário.....	86
3.2.1 Frequências Relativas.....	87
3.2.2 Medidas Descritivas	91
3.2.3 Análise Fatorial	93
3.3 Balanced Scorecard.....	103

3.3.1 Perspetiva de Processos Internos e de Negócio	106
3.3.2 Perspetiva dos Clientes.....	108
3.3.3 Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento	112
3.3.4 Perspetiva Económico-financeira.....	114
3.3.5 Síntese dos <i>Key Performance Indicators</i> a Utilizar no Estudo de Caso	115
3.4 Estudo de Caso.....	116
3.4.1 Proposta do <i>Balanced Scorecard</i> para o Centro Hospitalar de São João.....	117
3.4.2 Proposta do <i>Balanced Scorecard</i> para o Hospital CUF Porto	120
3.5 Inquérito por Entrevista	122
3.5.1 Hospital Privado.....	122
3.5.2 Centro Hospitalar de São João	126
Capítulo IV – Apresentação e Discussão dos Resultados.....	133
4.1 Público vs. Privado – 1ª Dimensão	135
4.1.1 Hipótese 1 e 2	136
4.1.2 Hipótese 3 e 4.....	140
4.2 Auditoria Operacional – 2ª Dimensão	150
4.2.1 Hipótese 5 e 6.....	150
4.3 Perceção dos Utentes – 3ª Dimensão	152
4.3.1 Hipótese 7.....	152
4.3.2 Hipótese 8.....	153
Capítulo V – Considerações Finais	155
5.1 Conclusões	157
Capítulo VI – Disposições Finais.....	159
6.1 Disposições Finais	161
6.2 Limitações de Investigação ao Estudo	161
6.3 Sugestões para Investigações Futuras	161
Referências Bibliográficas	163

Anexos.....	179
1. Listagem de Hospitais S.A.....	181
2. Listagem de Hospitais E.P.E.....	182
3. Distribuição Geográfica da Rede Hospitalar em Portugal	186
4. Inquérito por Questionário.....	191
5. Inquérito por Entrevista	192
5.1 Hospital Privado.....	192
5.2 Centro Hospitalar de São João	193
Apêndices.....	195

Índice de tabelas

Tabela 1- Principais Características do NPM	9
Tabela 2 - A visão estratégica para a rede S.A.	14
Tabela 3 - Competências do Auditor Interno	16
Tabela 4 - Características dos Hospitais EPE e S.A	17
Tabela 5 - Características das PPP	20
Tabela 6 – Questões de Investigação	42
Tabela 7 - Vantagens e Desvantagens do Método Qualitativo	47
Tabela 8 - Vantagens e Desvantagens da utilização do Método Quantitativo	48
Tabela 9 - ICM dos Hospitais Públicos Situados no Distrito do Porto	57
Tabela 10 - Serviços Clínicos CHSJ	60
Tabela 11 - Serviços não Clínicos do CHSJ	61
Tabela 12 - Áreas Clínicas do HCP	65
Tabela 13 - Balanço do CHSJ e HCP referente a 2013 (em €)	73
Tabela 14 - Média do Agregado referente ao Balanço (em €)	74
Tabela 15 - Balanço do CHSJ e do HCP referente a 2014 (em €)	75
Tabela 16 - Balanço Funcional (Valores em €)	77
Tabela 17 - Demonstração de Resultados (Valores em €)	78
Tabela 18 - Média de Resultados do Agregado (2013)	78
Tabela 19 - Análise dos Resultados do CHSJ (Valores em €)	79
Tabela 20 - Análise Resultados HCP (Valores em €)	79
Tabela 21 - Rácios de Liquidez	81
Tabela 22 - Autonomia Financeira e Endividamento	82
Tabela 23 - Solvabilidade Geral	82
Tabela 24 - Rendibilidade Financeira	83
Tabela 25 - Rendibilidade Económica	84
Tabela 26 - Rendibilidade das Vendas e dos Serviços Prestados	84
Tabela 27- Prazo Médio de Pagamentos	85
Tabela 28 - Prazo Médio de Recebimentos	86
Tabela 29 - Variáveis SPSS	91
Tabela 30 - Medidas Descritivas	92
Tabela 31 - Medidas Descritivas (continuação)	92
Tabela 32 - Teste de KMO e Bartlett	94

Tabela 33 - Explicação da Variância	95
Tabela 34 - Matriz Anti-Imagem	97
Tabela 35 - Comunalidades	98
Tabela 36- Matriz de Correlações	99
Tabela 37 - Matriz das Componentes	102
Tabela 38 - Matriz das Componentes após Rotação	102
Tabela 39 - Organizações Internacionais	103
Tabela 40 - Síntese dos KPI e fórmulas a utilizar	115
Tabela 41 – Cálculo dos KPI no CHSJ	117
Tabela 42 - Cálculo dos KPI no CUF Porto	120
Tabela 43- Hipóteses - 1ª Dimensão	135
Tabela 44 - Análise do Desempenho CHSJ 2013	142
Tabela 45 - Análise do Desempenho do HCP em 2013	143
Tabela 46 - Análise de Desempenho do CHSJ em 2014	145
Tabela 47- Análise de Desempenho do HCP em 2014	146
Tabela 48 - Hipóteses - 2ª Dimensão	150
Tabela 49 - Hipóteses - 3ª Dimensão	152
Tabela 50 - Verificação Hipóteses - 1ª Dimensão	157
Tabela 51 - Verificação das Hipóteses - 2ª Dimensão	157
Tabela 52 - Verificação das Hipóteses - 3ª Dimensão	158

Índice de figuras

Figura 1 - Principais Stakeholders da Saúde em Portugal	8
Figura 2 - Etapas do Processo de Investigação	45

Índice de Esquemas

Esquema 1 - Três dimensões do NPM	10
Esquema 2 - Síntese do tipo de Hospitais existentes em Portugal	21
Esquema 3 - Arquitetura do BSC em Organizações não Lucrativas.	40
Esquema 4 - Estrutura GJMS	64

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição do Rendimento	87
Gráfico 2 – Distribuição por Gênero	87
Gráfico 3 - Distribuição por Idades	88
Gráfico 4 - Habilitações Literárias	88
Gráfico 5 - Subsistema de Saúde	88
Gráfico 6 - Seguro de Saúde	88
Gráfico 7 – Caracterização de Subsistemas	89
Gráfico 8 – Assiduidade no Setor Público	89
Gráfico 9 - Procura no Setor Público	89
Gráfico 10 - Custos no Setor Público	89
Gráfico 11- Assiduidade no Setor Privado	90
Gráfico 12 - Procura no Setor Privado	90
Gráfico 13 - Custos do Setor Privado	90
Gráfico 14 - Fatores determinantes da escolha entre setores	91
Gráfico 15- Scree Plot	96
Gráfico 16 - Gráfico das Componentes	103
Gráfico 17 - Resultados antes de Depreciações, Gastos de Financiamento e Impostos ...	137
Gráfico 18 - Resultado Líquido do Período	137
Gráfico 19 - Rácio de Autonomia Financeira e Endividamento - 2013	138
Gráfico 20 - Rácio de Autonomia Financeira e Endividamento - 2014	138
Gráfico 21 - Rácios de Liquidez do CHSJ	138
Gráfico 22 - Rácios de Liquidez do HCP	138
Gráfico 23 - Rácio de Rendibilidade Económica	139
Gráfico 24 - Rácio de Rendibilidade Financeira	139
Gráfico 25 - Rácio de Solvabilidade	139
Gráfico 26 - Rácios de Atividade	140
Gráfico 27 - Rácio de Rendibilidade das Vendas e Serviços Prestados	140

Introdução

A presente dissertação, no âmbito do Mestrado em Auditoria, tem como principal objetivo o estudo da economia, eficiência e eficácia das entidades hospitalares públicas e privadas. Numa primeira fase será medido o seu desempenho através da identificação de indicadores, no âmbito da Auditoria Operacional, com o apoio do *Balanced Scorecard*. Posteriormente será analisada a perceção que os utentes têm do desempenho de ambos os setores. De forma complementar estudar-se-á qual dos setores apresenta um melhor desempenho ao nível económico-financeiro.

No capítulo I (Fase Concetual) é efetuada uma revisão bibliográfica tendo por base os diversos conceitos inerentes ao tema, nomeadamente uma breve introdução ao Sistema Nacional de Saúde e às transformações que o tornaram no que conhecemos hoje, desta breve introdução surge a necessidade de explicar de uma forma aprofundada as alterações ocorridas no Sistema Saúde em Portugal e consequentemente nos hospitais e, por isso, efetuou-se uma breve abordagem ao *New Public Management*. Segue-se a análise da “estrutura hospitalar” presente na economia portuguesa bem como as assimetrias e desigualdades que o país enfrenta no que respeita à saúde. Prosseguindo com a revisão bibliográfica, os restantes temas abordados tiveram o enfoque na vertente mais técnica, como é o caso da Auditoria Operacional, Avaliação de Desempenho e o *Balanced Scorecard*.

No capítulo II (Fase Metodológica) é descrita a metodologia da investigação a utilizar onde será apresentada a forma de recolha e análise de dados. Pretende-se estudar um hospital público e um privado com características e tipologias de serviços semelhantes, para que se possa chegar uma conclusão acerca de qual dos setores apresenta um melhor desempenho/performance.

Posteriormente, seguir-se-á a Fase Empírica (Capítulos III e IV), em que, através de vários métodos definidos na fase Metodológica, apresentar-se-á os estudos realizados, os resultados e a apresentação de respostas às questões objeto desta investigação inseridas nas hipóteses formuladas que conduzirão às considerações apresentadas no capítulo V.

Por último, serão apresentadas as dificuldades inerentes à investigação realizada neste trabalho bem como as sugestões para investigações futuras.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1 O Sistema de Saúde Português

A tentativa da criação de um serviço de saúde organizado remonta ao ano de 1899 quando o Dr. Ricardo Jorge¹ regulamenta e organiza o sistema de saúde português que até então existia apenas sob a índole privada em que o Estado somente se ocupava dos mais carenciados.

Desde então têm sido muitos os acontecimentos internos e externos ao país que têm revolucionado pensamentos e o próprio sistema de saúde. O Portal da Saúde² demarca a evolução do sistema de saúde com três datas importantes da história nacional: 1974; 1985 e 2000.

E explica as três datas da seguinte forma:

Em 1974, após o 25 de abril, Portugal passou a viver uma época de mudança profunda dado o processo de democratização e descolonização. É aqui que surge pela primeira vez o Serviço Nacional de Saúde (SNS) referenciado na Constituição da República Portuguesa de 1976: “todos têm direito à proteção da saúde” que se realiza “pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” (art.64º).

Em 1985, Portugal passa a integrar a Comunidade Económica Europeia (CEE) e na posterior revisão da Constituição em 1989 o serviço gratuito referido, passa a “tendencialmente gratuito” (art.36º) e surgem assim, em 1990, as taxas moderadoras³, mostrando a fragilidade económica do sistema que não era por si só autossustentável.

Em 2000, seguiu-se a integração de Portugal na União Monetária (UM). Este período destacou-se pela tentativa de aperfeiçoamento do SNS com a alteração da legislação em

¹ Ricardo de Almeida Jorge (1858-1939) foi um médico português que contribuiu em larga medida para o desenvolvimento de técnicas modernas de saúde pública em Portugal. Foi ainda professor de medicina e exerceu importantes cargos na administração da saúde. Dá nome ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge fundado pelo próprio como braço laboratorial do sistema de saúde português.

²<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>, acedido a 2014/11/20.

³ “Nos termos da Base XXXIV da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, as taxas moderadoras são cobradas com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde. Encontram-se isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei.” ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2014, p.1).

vigor que introduziu uma nova gestão hospitalar, surgem as primeiras Entidades Públicas Empresariais (EPE)⁴ e posteriormente as primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF)⁵. Passa assim a haver uma tentativa de aproximação dos cuidados de saúde às necessidades específicas dos utentes dentro da comunidade europeia, exemplo disso é o que afirma Furtado e Pereira (2010 p.10), quando referem que: “Nas últimas décadas tem ocorrido uma evolução positiva na maioria dos indicadores de morbilidade e mortalidade em Portugal e uma aproximação aos valores médios dos países da União Europeia.”

Barros (2014) apresenta o SNS como uma instituição pública, gerida pelo Estado, que medeia a relação entre os doentes e quem os trata. A Lei de Bases da Saúde⁶ apresenta na Base XXIV as suas principais características:

1. Universalidade quanto à população abrangida;
2. Prestação integral de cuidados globais e a garantia da sua prestação;
3. Tendencialmente gratuito para os utentes tendo em conta as condições económicas e sociais dos utentes;
4. Garantia de equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
5. Organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

No entanto, e tal como referido por este autor, o Sistema de Saúde em Portugal não se rege apenas pelo SNS - desde o Hospital Local ao Regional passando por USF - existem subsistemas de saúde como seguradoras, assim como, grupos económicos privados de diferentes dimensões que pretendem angariar uma parte dos utentes do SNS prometendo melhor qualidade, celeridade, e tempestividade no serviço prestado em troca de pagamentos, por vezes, avultados. Barros (2014) considera ainda que apesar dos custos (que, segundo o

⁴ Tal como consta no art. 3º nº 1 do Decreto-Lei (DL) nº 558/99 de 17 de Dezembro: “Consideram-se empresas públicas as sociedades constituídas nos termos da lei comercial, nas quais o Estado ou outras entidades públicas estaduais possam exercer, (...) uma influência dominante”, ou seja, detendo a maioria do capital ou a maioria dos direitos de voto, ou ainda o direito de designar ou destituir a maioria dos órgãos de administração ou fiscalização. Acrescenta o mesmo DL no art. 23º a definição de EPE: “pessoas coletivas de direito público, com natureza empresarial, criadas pelo Estado”.

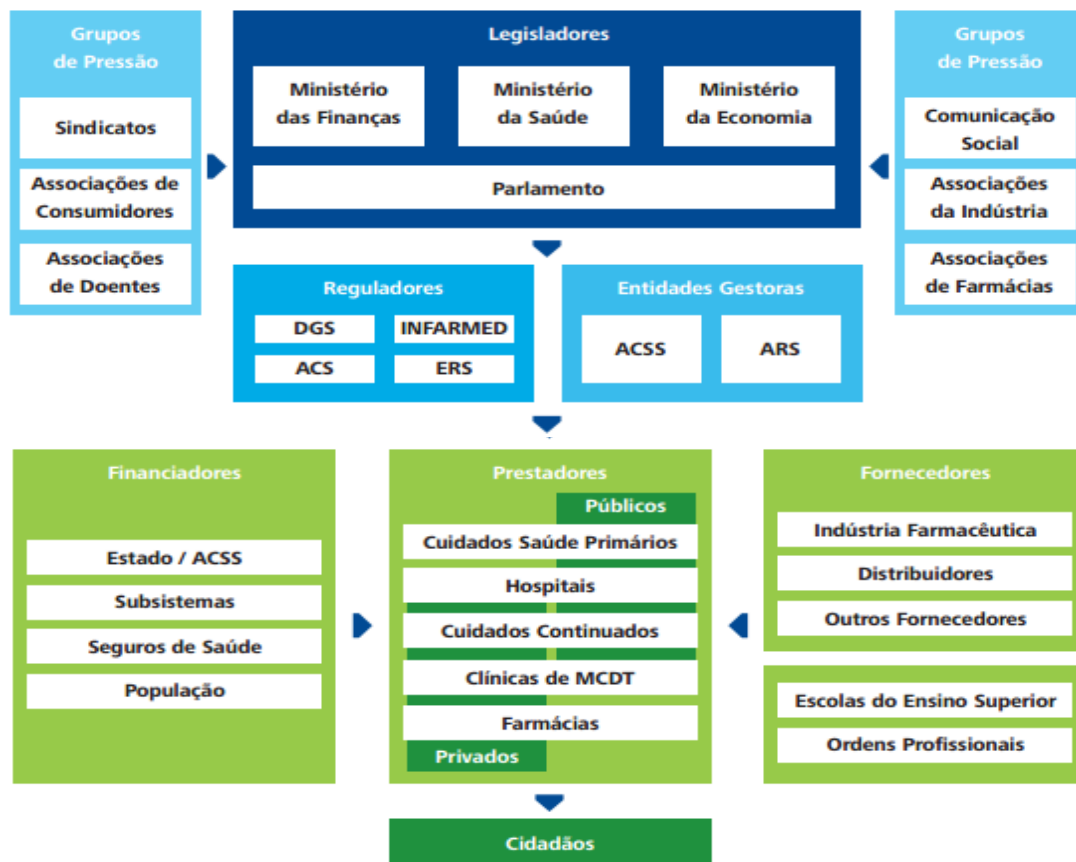
⁵ “Célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde.” – Norma I do Despacho Normativo 9/2006.

⁶ Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

próprio, parecem não importar a quem procura o serviço privado), a promessa da qualidade do serviço faz com que, hoje em dia, o SNS se veja muitas vezes preterido face a esta oferta privada. Barros e Gomes (2002) apontam claramente esse conceito quando apresentam, entre outras razões, o crescimento do rendimento disponível das famílias como um fator de insustentabilidade do SNS, à primeira vista parece um paradoxo, no entanto, famílias com maiores rendimentos tendem a ter expectativas mais elevadas e a gastar mais dinheiro com a saúde recorrendo ao setor privado.

O orçamento do Estado é a fonte principal de financiamento do SNS, o que faz com que a utilização eficaz e eficiente dos recursos, se torne num aspeto cada vez mais preocupante para a sociedade e para os seus utentes em particular. Não obstante e como refere Barros (2013), não há um sistema de financiamento puro uma vez que existe a componente dos seguros e subsistemas de saúde ligadas ao financiamento do SNS, como já referido anteriormente. Como exemplos de subsistemas, temos a Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE) que se apresenta como um subsistema público, e o Serviços de Assistência Médico-Social para Bancários (SAMS) sendo este um subsistema privado. Estas entidades substituem-se ao utente no pagamento de parte ou totalidade dos gastos inerentes ao serviço de saúde. Assim, os pagamentos diretos na procura de cuidados de saúde, taxas moderadoras, são por si só uma forma de “financiamento” do SNS, mas não exclusivas, temos também, as quotizações dos utentes para os subsistemas de saúde já aqui identificados. No setor privado são estes subsistemas e seguros de saúde que na grande parte das vezes, diminuem os elevados custos que caracterizam o setor, e levam a que quem deles usufrua tenda a procurar o privado em detrimento do público (Barros e Gomes, 2002). Na figura seguinte apresentamos uma esquemática do atual Serviço de Saúde em Portugal.

Figura 1 - Principais Stakeholders da Saúde em Portugal



Fonte: Saúde em Análise: Uma Visão para o Futuro – Deloitte (2011, p.2)

No entanto, as tentativas de melhoria mostraram-se falhadas devido aos custos elevados que a saúde acarreta hoje em Portugal (Carvalho, 2013).

1.2 O New Public Management

A estrutura do Estado e a sua forma característica de organização e gestão, bem como todos os processos burocráticos inerentes deram vida a um novo paradigma: o *New Public Management* (NPM), que se tornou a base para a empresarialização deste setor⁷. Este paradigma evoluiu como um movimento reformista e como uma escola científica nos anos 70 e no início dos anos 80, primeiramente nos países anglo-saxónicos (Hood, 1991). Miklós (2011) afirma que o objetivo principal deste movimento político-científico era transformar a tradicional administração pública de forma a desenvolver uma gestão mais eficiente,

⁷ Cf. 1.2.1 Hospitais EPE.

adaptável e eficaz. Por outras palavras, este conceito procura substituir a gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial, que se traduz na profissionalização e autonomia de gestão, pela liberdade de escolha do consumidor, pela competição entre unidades, pela adoção de estilos da gestão empresarial, pela explicitação das medidas de desempenho e ênfase nos resultados e na eficiência.

Assistiu-se assim em quase todo o mundo, ao incremento de uma nova filosofia administrativa, que se pode designar como a Administração Pública do tipo empresarial (Harfouche, 2008). Pollitt *et al.* (2007) acrescentam que, após um numeroso aumento das reformas governamentais com vista à aplicação do NPM, aumentou a expectativa em relação ao aumento da eficiência por parte dos governos, tornando-os orientados para resultados e para os “clientes”, visando oferecer melhor qualidade com menor custo.

As principais características e objetivos da implementação do NPM, apresentados por Schedler e Proeller (2002) são:

Tabela 1- Principais Características do NPM

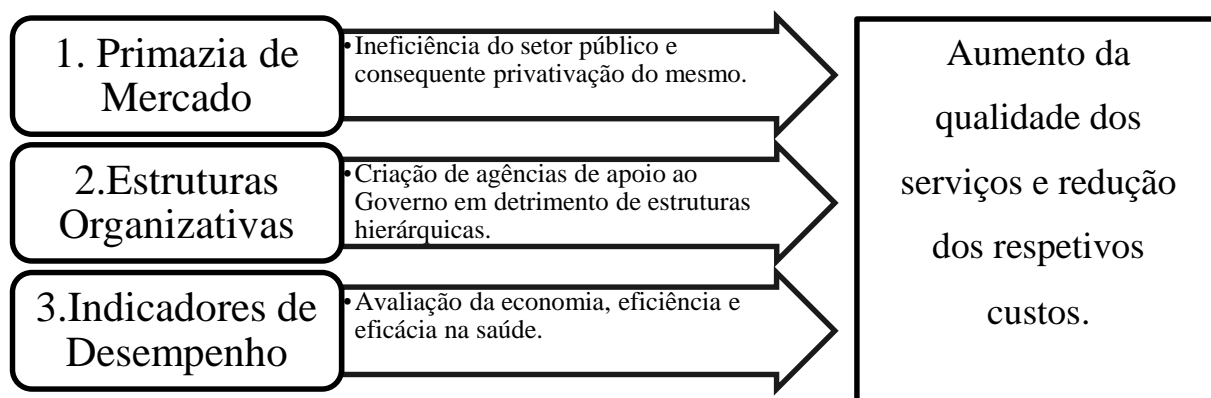
Categoria	Característica/Objetivos
Reestruturação Organizacional	Delegação de Responsabilidades Redução da Hierarquia
Instrumentos de Gestão	Orientação para o <i>output</i> Empreendedorismo Eficiência
Reformas Orçamentais	Aproximação aos instrumentos financeiros do setor privado
Participação	Envolvimento dos Cidadãos
Orientação para o cliente e gestão da qualidade	Ganho de legitimidade na prestação de serviços
Marketing	Ganho de eficiência através da competitividade

Fonte: Adaptado de Schedler e Proeller (2002, p.165)

Conforme apresentado por Harfouche (2008), o NPM pode agrupar-se em três dimensões: (1) A primazia do mercado: onde o pressuposto fundamental é o de que tudo o que é público é ineficiente e sai mais caro do que produzido no setor privado, pelo que o primeiro objetivo de qualquer reforma administrativa assenta na privatização do setor público. O Estado deve intervir apenas em casos de exceção, em atividades que não podem ser privatizadas ou entregues à gestão privada. (2) Estruturas organizativas: nomeadamente a criação de agências, como unidades executivas que prestam um serviço ao Governo, em substituição das estruturas hierárquicas. Desta forma, o Estado fragmenta os serviços públicos, fazendo-os competir entre si, controlando a sua atividade através dos resultados. (3) Indicadores de

desempenho: o novo modelo de gestão pública reforça a adoção de novos processos de controlo dos serviços públicos. Não sendo adequado sujeitar as organizações públicas à lei do mercado, mas tornando-se importante avaliar o seu desempenho, o que só é possível através da construção de indicadores de desempenho que permitam medir a sua eficiência, eficácia e qualidade.

Esquema 1 - Três dimensões do NPM



Fonte: Elaboração Própria, 2015

O NPM tende assim a ser um paradigma versátil e adaptável aos diferentes meios em que se insere, Pollitt *et al.* (2007, p.4) corroboram a ideia enfatizando que: “o NPM não é um conjunto coerente de ideias e ferramentas. As ideias podem ser as mesmas, mas a história subjacente difere a todo o momento”, afirmam os autores que, políticos de diferentes países, mencionam diferentes motivos e objetivos para as mesmas reformas.

Várias críticas, quer positivas quer negativas, surgem a comentar o NPM:

1. Barros (2014) defende que a saúde não é um produto que se adquire e transaciona numa loja *online*, não é um serviço que se preste. Acredita que saúde constrói-se e produz-se, com base nas decisões individuais, de estilo de vida e comportamentos, e com cuidados de saúde de forma preventiva ou em reação a situações de doença.
2. Carvalho (2013) descreve ser fulcral o papel dos profissionais de saúde já que, tratando-se de algo tão incerto e instável, não é possível, a existência de *stocks* de produtos, nem os produtos podem ser testados antes de serem consumidos.
3. Simões (2004b) defende a existência de um consenso no sentido de que o Estado não tem de ser um prestador direto de serviços públicos, mas sim um garante da prestação

desses serviços e um regulador das respetivas atividades, indo de encontro ao que é defendido por Harfouche (2008).

Especificamente em Portugal, Correia (2011) explicita a aplicação do NPM dizendo que a principal mudança ocorreu com a criação da Nova Lei de Bases de Saúde, em 1990, envolvendo principalmente a descentralização de competências do Governo para um nível mais regional e local. Nesta perspetiva, refere o autor que cada hospital é responsável pela sua própria gestão, e pela eleição dos membros da administração que não têm de ser necessariamente profissionais de saúde. O desenvolvimento dessa lei seguiu a tendência a que se assistia por toda a Europa, em que se pretendia uma maior aproximação dos órgãos de decisão à comunidade em que se inseriam. Acrescenta ainda que houve a perceção da necessidade de simplificação e aceleração dos procedimentos de tomada de decisão, isto é, percebeu-se a necessidade da desburocratização dos SNS.

Surge então o Estatuto do SNS, resultado das alterações provocadas pela Lei de Bases de Saúde que estabeleceu a possibilidade de a gestão dos hospitais e centros de saúde do SNS ser entregue a privados “mediante contrato de gestão”. Essa nova medida trouxe maior flexibilização na gestão dos recursos humanos e a criação das cinco ARS (Administrações Regionais de Saúde), que passariam a deter, na teoria, maior responsabilidade financeira na elaboração de orçamentos. No entanto, na prática, a responsabilidade continuou a pertencer à autoridade central, o Ministério da Saúde (Major e Magalhães, 2013).

Este período, ficou assim marcado por uma demonstração de apoio em toda a Europa à inclusão da gestão privada nos setores públicos, com vista à promoção da eficiência e eficácia do setor (Reis, 2004; Simões, 2004a).

Em 2002, com a realização de eleições legislativas em Portugal e com o reconhecimento de que as insuficientes medidas até ali tomadas estavam longe de ser cumpridas na íntegra, surgem por parte dos diversos partidos políticos, propostas que pretendiam introduzir uma nova reforma com vista ao melhoramento do SNS, assim, com base na teoria do NPM, duas iniciativas foram tomadas: a criação das parcerias público-privadas (PPP) e a empresarialização da gestão hospitalar como analisaremos no ponto seguinte.

1.3 A Estrutura Hospitalar em Portugal

A Lei nº27/2002, de 8 de novembro, alterou a Lei nº48/90, aprovando o Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar. De acordo com o art. 2º do referido regime (p.7151) os hospitais podem revestir uma das seguintes formas jurídicas:

- a) “Estabelecimentos Públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial” – Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA);
- b) “Estabelecimentos Públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia financeira, administrativa e patrimonial e natureza empresarial” – Hospitais Empresas Públicas Empresariais (EPE);
- c) “Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos” – Hospitais Sociedades Anónimas (S.A) e
- d) “Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos” – Hospitais puramente privados e Hospitais Parcerias Público Privadas (PPP).

1.3.1 Hospitais EPE (antigos S.A)

Os Hospitais Públicos em Portugal nasceram primeiramente sob a forma de Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA). Para Ferreira (2005) este setor, intitulado também de gestão tradicional, tem um sistema de direção isolado, e não existe uma cultura gestionária, acrescenta a autora que o valor dos gastos não afeta muito a gestão, tornando-se indiferente gastar muito ou pouco, o que torna o controlo dos gastos um dos problemas fulcrais deste setor. Ferreira (2005) enumera ainda a inexistência de Sistemas de Informação organizados e mecanismos de avaliação de desempenho, como fatores determinantes da necessidade da empresarialização destes hospitais.

Ribeiro (2004) afirma que a gestão dos organismos públicos de uma forma empresarial era reclamada como a solução para o aumento da eficiência. Acrescenta o mesmo autor que a

empresarialização hospitalar, embora consagrada na lei de gestão hospitalar desde 1968⁸, persistia na prática num quadro de gestão pouco definido, incapaz de motivar os profissionais, limitados por um conjunto de regras burocráticas obsoletas que tornavam o dia-a-dia dos nossos hospitais um permanente pesadelo para os seus gestores e uma experiência frustrante para os utentes. Em 1990, também a Lei de Bases da Saúde na Base XXXVI – Gestão dos Hospitais e Centros de Saúde, referia que a administração das unidades de saúde deveria obedecer a “regras de gestão empresarial”.

Neste contexto, é aplicada aos hospitais a gestão economicista da saúde, também conhecida por empresarialização, na medida em que são aplicados os princípios da gestão privada a grande parte dos hospitais públicos portugueses. Assim inicia-se em Portugal a reforma do setor da saúde com a transformação de hospitais em hospitais-empresa.

Foi então que, só no final do ano de 2002, 34 hospitais pertencentes ao Setor Público Administrativo (SPA) foram transformados em 31 sociedades anónimas^{9 e 10}, através de trinta e um decretos-lei¹¹. Como refere Diniz (2013):

“com a transformação da sua natureza jurídica de SPA em SA, pretendeu-se implementar uma crescente autonomia da gestão dos hospitais, modernizando-a e «empresarializando-a»”. (p.20)

⁸ Estatuto Hospitalar de 1968 (Decreto-Lei n.º 48357/1968 de 27 abril).

⁹ Cf. Anexo 1. Listagem de Hospitais S.A

¹⁰ Todos os outros hospitais do SNS permaneceram no SPA (mantendo-se inalterada a sua estrutura, do ponto de vista jurídico), embora o Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, tenha estabelecido para eles uma nova estrutura organizacional. No prefácio deste diploma torna-se bem evidente a procura da eficiência e produtividade e de adequação dos serviços às necessidades das populações, num cenário em que o peso do setor no Orçamento do Estado e na despesa pública “justifica a necessidade de repensar os seus modelos de organização, métodos de gestão e regras de funcionamento” (p.5219).

¹¹ Decretos-Lei n.ºs 272/2002, 273/2002, 274/2002, 275/2002, 276/2002, 277/2002, 278/2002, 279/2002, 280/2002 e 281/2002, de 9 de dezembro; Decretos-Lei n.ºs 282/2002, 283/2002, 284/2002, 285/2002, 286/2002, 287/2002, 288/2002, 289/2002, 290/2002, 291/2002 e 292/2002, de 10 de dezembro; e Decretos-Lei n.ºs 293/2002, 294/2002, 295/2002, 296/2002, 297/2002, 298/2002, 299/2002, 300/2002, 301/2001 e 302/2003, de 11 de dezembro.

Para apoiar as transformações que decorriam no setor da saúde, em 2003, o Governo implementou sob a tutela do Ministro da Saúde a: Unidade de Missão dos Hospitais S.A.¹² tendo em vista a condução do processo global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, designados como hospitais S.A. Os principais objetivos estratégicos dessa mudança foram: desenvolver de forma economicamente sustentável uma rede de unidades públicas empresarializadas centradas na prestação de cuidados de saúde de excelência aos utentes e no desenvolvimento contínuo dos respetivos profissionais:

Tabela 2 - A visão estratégica para a rede S.A.

Objetivos Estratégicos	
Serviço ao utente e qualidade de prestação	Assegurar o desenvolvimento de políticas de gestão centradas no utente e na prestação de serviços de qualidade superior.
Desenvolvimento profissional e meritocracia	Promover o desenvolvimento célere dos colaboradores, instituindo políticas de meritocracia e de responsabilização por resultados, apostando simultaneamente na qualificação profissional.
Eficiência Operacional	Assegurar o nivelamento dos hospitais SA com as melhores práticas, promovendo programas de melhoria da eficiência operacional.
Eficiência Económico – Financeira	Contribuir de forma determinante para o equilíbrio económico-financeiro das unidades, monitorizando continuamente a performance dos hospitais.
Desenvolvimento de uma “rede”	Desenvolver o espírito de corpo na rede de hospitais SA, promovendo a partilha de conhecimento e assegurando uma atuação articulada que promova a captura de sinergias entre as distintas unidades.

Fonte: Ribeiro (2004, p.67)

Após a transformação dos hospitais em S.A, houve uma significativa melhoria no desempenho destes hospitais, o que se deveu à criação de pequenas equipas qualificadas e experientes em economia e gestão hospitalar que tiveram a ajuda de consultores externos, juntamente com o *coaching* dos Conselhos de Administração. (Ribeiro, 2004, pp. 65-77).

¹² A Unidade de Missão dos Hospitais S.A. foi decretada pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de fevereiro, e encontrava-se sob a jurisdição do Ministério da Saúde. O Grupo Missão, com a colaboração de consultores externos, permitiu que fossem implementadas as condições necessárias para a empresarialização dos hospitais públicos, ao criar um bom ritmo de trabalho e uma elevada motivação que, no seu conjunto, constituíram o fator crítico de sucesso de todo o processo (Ribeiro, 2004, pp. 65-77).

Esta melhoria é também corroborada por Neves e Dias (2006) quando defendem que os resultados obtidos pela rede S.A conseguiram um crescimento significativo em todas as linhas de atividade, superior aos dos restantes hospitais públicos, mantendo um maior controlo de custos.

Uma das mudanças mais significativas neste processo de empresarialização, que nasceu com a criação dos Hospitais S.A. e estende-se para os Hospitais E.P.E., prende-se com o facto do financiamento dos hospitais públicos passar a ser elaborado com base em contratos-programa¹³ (CP) que previam no início de cada ano a produção hospitalar a ser realizada pelos hospitais, bem como o preço de cada episódio clínico. (Major e Magalhães, 2013, pp. 476-490).

Acrescentam ainda os mesmos autores sobre os CP:

“O Estado português deixou, por consequência [da aplicação de contratos-programa], de financiar todas as atividades desenvolvidas pelos hospitais (financiamento retrospectivo) para passar a financiar, apenas, aquelas que tinham sido contratualizadas entre o Ministério da Saúde e os hospitais no início do ano (financiamento prospetivo). Se o hospital produzir mais (e consequentemente gastar mais) do que foi estabelecido no CP, não será ressarcido pelo Estado, de acordo com o novo modelo de gestão adotado para o SNS”. (Major e Magalhães, 2013, p.479).

Em 2005 foram publicados os diplomas de transformação dos Hospitais S.A em Entidades Públicas Empresariais (EPE)¹⁴, no entanto, todos os aspetos anteriormente referidos se mantiveram já que esta mudança assentava também na empresarialização das entidades hospitalares.

Cabe ainda referir, de acordo com o art. 17º do DL nº 244/2012, de 9 de novembro¹⁵, a obrigatoriedade dos Hospitais E.P.E. disporem de um auditor interno, o qual deverá ter as seguintes competências:

¹³ “O contrato-programa (...) estabelece os objetivos e metas qualitativas e quantitativas, a sua calendarização, os meios e instrumentos para os prosseguir, designadamente de investimento, os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes” (nº 2 do artigo 12º do D.L. 233/2005, de 29/12).

¹⁴ Decreto-Lei nº 93/2005 de 7 de Junho e Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

¹⁵ Que altera o DL nº 233/2005, de 29 de Dezembro.

Tabela 3 - Competências do Auditor Interno

Competências do Auditor Interno	
Funções	Obrigações
O auditor deverá possuir a devida qualificação, e será designado pelo CA (Conselho de Administração). Será da sua competência proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.	Plano Anual de Auditoria
Fornecer ao CA análises e recomendações sobre as atividades revistas para a melhoria do funcionamento dos serviços e propor a realização de auditorias por entidades terceiras.	Um relatório semestral sobre a atividade desenvolvida em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar, que deve ser submetido pelo CA aos Ministros das Finanças e da Saúde.

Fonte: Elaboração Própria (2015) com base no DL n° 244/2012 de 9 de novembro

Refere Arez (2006, p.33) que:

“O diploma [de transformação dos Hospitais S.A. em E.P.E] ressalta, a obrigatoriedade de existência de um auditor interno, figura já existente em alguns hospitais, e que poderá contribuir em muito para a identificação e resolução de situações que induzam a ineficiência, quer a nível dos fatores de produção quer a nível administrativo.”

Face ao exposto, e em síntese, os Hospitais EPE, são todos os estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial que, numa primeira fase, vieram substituir os Hospitais S.A e posteriormente deram uma nova reorganização ao setor empresarial da saúde¹⁶. (Major e Magalhães, 2013, p.476-490).

¹⁶ Cf. Anexo 2. Listagem de Hospitais E.P.E.

Tabela 4 - Características dos Hospitais EPE e S.A

Características Hospitais EPE e Hospitais S.A	Fonte
Sujeitos ao Regime Jurídico de Gestão Hospitalar e ao Regime Jurídico da Gestão Empresarial do Estado	Art.19 nº 1 da Lei 27/2002, de 8 novembro Art. 18 nº 1 da Lei nº27/2002, de 8 de novembro
Regem-se pelo Direito Privado	Art. 14º do DL nº 133/2013, de 3 de outubro
Sujeitos à utilização do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS)	Art.5 f) da Lei nº 7/2002, de 8 de novembro
Capital Estatutário (Detido pelo Estado)	Art.59º DL nº 133/2013, de 3 de outubro
Existência de Comissão de Auditoria e Auditor Interno	Art.18º do DL nº 558/99, de 17 de dezembro Art.17º DL nº 233/05, de 29 de dezembro
Sujeitas a controlo financeiro pelo Tribunal de Contas bem como pela Administração Tributária	Artg.26º do DL nº 133/2013, de 3 de outubro
Características exclusivas Hospitais EPE	Fonte
Autonomia Administrativa, Financeira e Patrimonial ¹⁷	Art.58º DL nº 133/2013, de 3 de outubro Campos (2003:24)
Características exclusivas Hospitais S.A.	Fonte
Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos	Art. 19º da Lei 27/2002, de 8 de novembro
Sujeitos ainda à Lei Reguladora das Sociedades Anónimas	Art.19º da Lei 27/2002, de 8 de novembro

Fonte: *Elaboração Própria (2015)*

1.3.2 Hospitais Parcerias Público – Privadas (PPP)

No SNS, existem ainda Parcerias Público-Privadas (PPP)¹⁸, cujo principal objeto, definido no art. 2º do DL nº185/2002 de 20 de agosto é:

“A associação duradoura de entidades dos setores privados e social à realização direta de prestações de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, ou o apoio direto ou indireto à sua realização no âmbito do serviço público de saúde assegurado pelo SNS”. (p.5853)

¹⁷ Cabe acrescentar o que defende Campos (2003, p. 23) sobre os Hospitais SA: “Os hospitais eram reconhecidos como institutos públicos, dotados de autonomia administrativa e financeira e patrimonial. Todavia, dependiam do Orçamento do Estado em cerca de 90%, o que tornava retórica a sua autonomia.”

¹⁸ Neste trabalho quando nos referimos a hospitais públicos estaremos a englobar estas PPP, perceber-se-á o porquê com a caracterização dos hospitais privados que será efetuada no próximo ponto e onde não se enquadram estas parcerias.

Para Simões (2004a, p.79) estas parcerias que constituem uma abordagem inovadora de gestão pública que visa a realização de infraestruturas e a prestação de serviços públicos, numa lógica de otimização das performances dos setores público e privado.

Segundo o mesmo autor, as parcerias público privadas assentam em três aspetos fundamentais:

1. O planeamento e financiamento público;
2. O investimento e gestão privados;
3. O controlo e a titularidade públicos.

As PPP em Portugal, podem traduzir-se em quatro tipologias: (1) concessões, (2) arrendamento de serviços públicos, (3) contratos de gestão e (4) contratos de cooperação.

1. A concessão verifica-se quando o Estado concede a um privado, durante um tempo pré-estabelecido, a prestação de um serviço público.
2. Arrendamento de serviços públicos caracteriza-se por uma entidade privada que passa a gerir e a explorar uma entidade pública já instalada e em funcionamento.
3. Os contratos de gestão, na área da saúde estão consagrados na Base XXXVI da Lei de Bases da Saúde, são contratos em que o Estado apenas transfere para uma entidade privada todas as atividades inerentes à gestão. Acrescenta ainda o DL nº 86/2003, alterado pelo DL nº 141/2006 art. 7 b) que: “o estabelecimento da parceria deverá implicar uma significativa e efetiva transferência de risco para o setor privado” (p.5353). No entanto, a auditoria às PPP realizada em 2009 pelo Tribunal de Contas, refere que a distribuição do risco entre o Estado e o consórcio privado não segue os contornos previstos pelo DL acima referido. Essa auditoria apresenta quatro etapas de determinação e avaliação do risco:

1. Tipo de Risco;
2. Probabilidade de Ocorrência;
3. Impacto;
4. Detentores do Risco.

Pela análise destes quatro pontos, verifica-se, segundo o estudo: *Auditoria ao Programa de Parcerias Público-Privadas da Saúde – Primeira Vaga de Hospitais* do Tribunal de Contas (2009), que: primeiro, não é assumido pela parte privada qualquer risco isoladamente, os riscos são partilhados com o Estado, por vezes em percentagens bastante desiguais; segundo, os riscos com uma maior probabilidade de ocorrência e com maior impacto são assumidos totalmente pelo Estado. A auditoria refere que são definidos com uma probabilidade de ocorrência elevada, unicamente, os riscos financeiros, de que são exemplo, fatores como a inflação e a revisão de preços, o relatório apresenta estes riscos como aqueles em que o Estado assume na sua totalidade. Com uma visão prática, conclui-se que a entidade privada fica salvaguardada das variações económicas, mantém o recebimento anual por parte do Estado que provém essencialmente de dinheiros públicos e asseguram variações que possam ocorrer nos mercados nos próximos anos.

4. Outra das formas de “unir” o público e o privado são os contratos de cooperação que podem tomar diversas formas, (1) contratos de associação e de incentivo, como é o caso estabelecido com escolas privadas quando as públicas não são suficientes ou até mesmo inexistentes; (2) convenções no domínio da saúde em que o Estado contrata ao setor privado cuidados de saúde não disponíveis nos serviços públicos e por fim, (3) acordos de cooperação no âmbito da ação social como são caso as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Simões (2004a:85) defende que o modelo PPP no setor da saúde assenta no binómio “um concurso público-um contrato de gestão”, uma vez que é implementado através de duas sociedades gestoras:

1. Uma sociedade gestora — a entidade gestora do estabelecimento hospitalar — assume a gestão geral do estabelecimento hospitalar e a prestação dos serviços clínicos durante um prazo de 10 anos, prorrogável de acordo com a observação de um conjunto de condições objetivas;
2. A outra sociedade gestora — a entidade gestora do edifício hospitalar — assume a prestação dos serviços infraestruturais durante um período contratual previsível de 30 anos, sendo responsável pela conceção, construção e manutenção do edifício e infraestruturas hospitalares.

Este programa de transformação de alguns hospitais em PPP visou, sobretudo, a melhoria geral do serviço, em termos de comodidade, qualidade, eficiência e eficácia. Simões (2004b) elucida esse propósito afirmando que, com esta transformação pretende-se transferir do público para o privado os riscos do financiamento e a responsabilidade, estabelecendo uma forma do Estado adquirir, a longo prazo, um serviço ao setor privado na expectativa que esse fornecimento seja realizado com superior qualidade e eficiência. O Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS, 2003) corrobora desta mesma ideia de que a adoção de modelos PPP na saúde, enquanto instrumento estratégico de modernização e expansão dos serviços públicos, surge com o intuito de favorecer o recurso a fontes de financiamento privado e a inovadoras formas de “engenharia financeira” (p.94).

Tabela 5 - Características das PPP

Características das PPP	Fonte
Sujeitas ao Regime Jurídico de Gestão Hospitalar e ao Regime Jurídico das Parcerias em Saúde com Gestão e Financiamento Privados	Lei nº 27/2002 de 8 novembro DL nº 185/2002 de 20 de agosto
A fiscalização e controlo da execução das parcerias em matérias económico-financeiras são elaboradas por entidade a indicar pelo Ministério das Finanças	Art. 12º DL nº 86/2003, de 26 de abril
A entidade gestora é responsável pela obtenção de financiamento necessário e gestão da atividade	Art. 22º DL nº 185/2002 de 20 agosto Art. 5º DL nº 141/2006, de 27 de julho
Tem como principal finalidade o acréscimo de eficiência	Art. 4º DL nº 86/2003 de 26 de abril
É da competência do Estado o acompanhamento e controlo da execução do objetivo da parceria	Art. 5º DL nº 141/2006, de 27 de julho

Fonte: Elaboração Própria, 2015

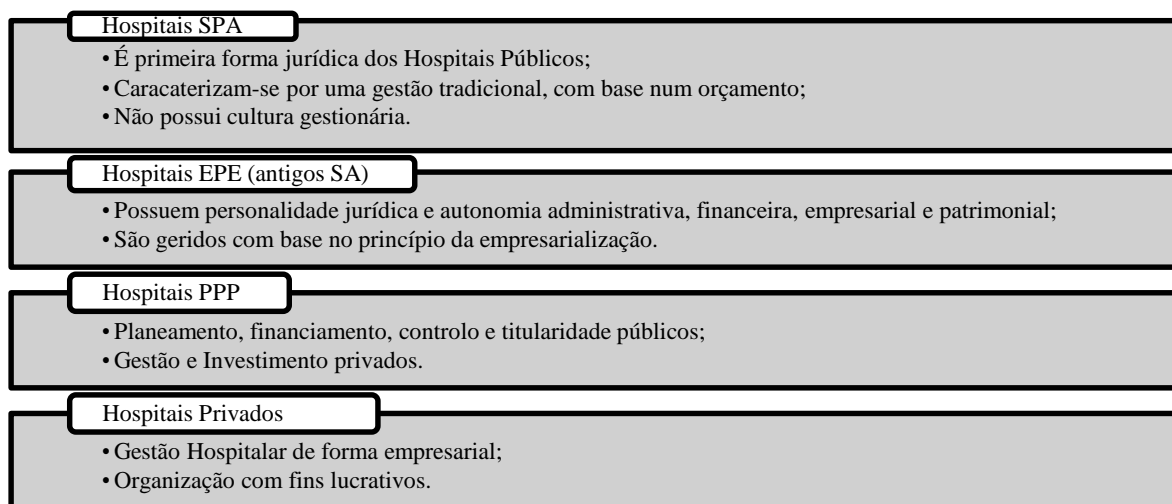
1.3.3 Hospitais Privados

Em 2002, o relatório da *World Health Organization* (WHO) afirma que o aumento do setor privado na prestação de cuidados de saúde está, em parte, relacionado com a crença de que as burocracias do setor público o tornam ineficiente e que não respondem aos seus objetivos. Com a expansão do setor privado, espera-se que seja promovida a eficiência e se assegure serviços de qualidade. Ribeiro (2004) defende que o setor privado já não é um setor a viver das migalhas do setor público, mas sim um setor com peso importante na economia do país, com uma visão assente em ambiciosos objetivos de crescimento. A 7 de abril é celebrado o Dia Mundial da Saúde e, a propósito deste tema, o INE apresentou alguns indicadores sobre

a saúde, relativos ao período de 2002-2013, onde se conclui que os portugueses preferem os hospitais privados (INE, 2015). A própria Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP, 2011), defende que, com a construção de mais de 20 hospitais privados na última década, a hospitalização privada portuguesa conheceu um crescimento exponencial e conquistou, por mérito próprio, o reconhecimento da população e dos parceiros dos mais diversos setores. Para colmatar e a título de exemplificação do apresentado acima, noticiava o Diário de Notícias¹⁹, em abril de 2014, que os mais comuns subsistemas de saúde estavam a recorrer a cada vez mais acordos com o setor privado para “responder às necessidades dos seus beneficiários, garantindo receitas de mais de 500 milhões aos privados e retirando 1,6 milhões de utentes do SNS.”

O setor privado da saúde em Portugal caracteriza-se por ser uma área baseada na gestão empresarial desde toda a sua génese. Os hospitais privados surgem, por isso, com duplo objetivo, por um lado, a cura e/ou melhoria da qualidade de vida de quem o procura, por outro lado, como empresa que é, tem como objetivo alcançar um bom desempenho financeiro. Ribeiro (2004) acrescenta ainda, elucidando sobre o financiamento deste tipo de hospitais, que o financiamento principal, para além dos acordos com subsistemas e seguradoras de saúde e esporádico investimento dos sócios/acionistas, é o mesmo que qualquer outra organização com fins lucrativos, os bons resultados económicos.

Esquema 2 - Síntese do tipo de Hospitais existentes em Portugal



Fonte: Elaboração Própria, 2015

¹⁹ Consultado a 2015/01/17, em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3814891.

1.4 Assimetrias e Desigualdades na Saúde em Portugal

Todos os esforços na tentativa de melhoria do SNS deixaram lacunas. A própria DGS (2012) admitiu no seu estudo sobre o perfil de saúde em Portugal que a distribuição geográfica dos serviços de saúde e dos recursos humanos evidencia assimetrias, traduzidas numa maior oferta no litoral relativamente ao interior, facto que é facilmente perceptível pela análise dos mapas que se seguem. São a imagem da distribuição da rede hospitalar em Portugal Continental²⁰, e comprovam não só a assimetria anteriormente referida como também a discrepância existente entre grandes polos habitacionais como é o caso do Porto, Lisboa, Coimbra e Faro.

Ao nível do sistema de prestação de cuidados e com base nos modelos conceituais já existentes de Ricketts e Goldsmith (2005), Obrist *et. al* (2007), Arah *et al.* (2006) e Goddard e Smith (2001), citados por Furtado e Pereira (2010), identificam-se cinco dimensões que podem afetar o acesso aos cuidados de saúde:

1. Disponibilidade;
2. Proximidade;
3. Custos;
4. Qualidade;
5. Aceitação.

Disponibilidade traduz a necessidade da existência de uma oferta de serviços de saúde que seja adequada e esteja sempre ao alcance de quem deles necessite. Proximidade está diretamente relacionada com a disponibilidade, a sua existência reflete a facilidade de alcançar um local onde o serviço seja prestado. A dimensão dos custos inerentes refere-se aos custos incorridos com a utilização de serviços de saúde, está relacionada não só com o rendimento disponível das famílias e a existência ou não de seguros e subsistemas de saúde, mas também com os custos necessários para alcançar o serviço de saúde. A qualidade de um serviço é percebida pelos utentes e está não só relacionada com os serviços prestados mas também como a forma como são prestados, o que engloba, por exemplo, organização, cumprimento de horários, marcação de consultas, entre outros. Aceitação prende-se com o

²⁰ Cf. Anexo 3 – Distribuição Geográfica da Rede Hospitalar em Portugal.

facto de o utente concluir a mais valia inerente a um serviço que lhe foi prestado, já que este devem ser adequados às características dos diferentes grupos populacionais (Furtado e Pereira, 2010).

Tal como refere Cortez (2010), Portugal é um país com profundas desigualdades económicas e sociais. A WHO (2010) avaliou o PNS (Plano Nacional de Saúde) que vigorou entre 2004 e 2010, identificando as suas potencialidades, limitações e lacunas. Segundo este relatório, o PNS prestou muito pouca atenção ao tema da equidade em saúde, nomeadamente em termos de estratégias e programas para combater as desigualdades. Quando chamada a avaliar o desempenho do sistema de saúde português a WHO apontou para melhorias assinaláveis, quer nos indicadores de resultados, quer na satisfação dos utentes, não deixando, todavia, de apontar que ainda persistem diferenças significativas no estado de saúde dos portugueses de acordo com o nível socioeconómico²¹ e região geográfica²².

Mais recentemente, no Relatório de Primavera de 2015 do Observatório Português de Saúde Pública (OPSS, 2015), elaborado anualmente por peritos do OPSS; da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; da Universidade de Évora; e da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, foi efetuada a avaliação sobre o estado dos serviços de saúde em Portugal passados quatro anos da intervenção da Troika. Respondendo à pergunta que dá título ao documento: “Acesso aos Cuidados de Saúde. Um direito em risco?”, concluiu-se que:

1. A recorrência às urgências diminuiu – o estudo concluiu que houve uma diminuição progressiva no acesso às urgências desde 2010 e que essa quebra não foi compensada pelo aumento das consultas nos centros de saúde.
2. Faltam camas nos hospitais – o OPSS (2015) recorre a dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) que mostram um decréscimo constante do número de camas de internamento hospitalar oferecidas pelo SNS ao mesmo tempo que se verifica um aumento das camas oferecidas pelo privado.
3. Acesso mais difícil a medicamentos – refere ainda este estudo que Portugal foi o país que mais medidas de contenção com despesa de medicamentos tomou, alega que

²¹ Cf. 3.2 - Inquérito por Questionário.

²² Cf. Anexo 3 – Distribuição Geográfica da Rede Hospitalar em Portugal.

faltaram nas farmácias 4,7 milhões de medicamentos. Reconhece, no entanto, que algumas medidas pontuais já foram tomadas no sentido de colmatar efeitos prejudiciais das medidas implementadas, embora acrescentem que são necessárias estratégias de médio e longo prazo para garantir o acesso a medicamentos.

4. Saúde mais cara para os cidadãos – A OPSS (2015, p.43) defende que “as pessoas passaram a pagar mais pela sua saúde enquanto empobreciam fruto das medidas adotadas para combater a crise”, a análise teve por base custos suportados diretamente pelos utentes.

1.5 Auditoria na Saúde

1.5.1 Auditoria Financeira na Saúde

Costa *et al.* (2006, pp.201-225) consideram que o conceito de auditoria tem vindo a evoluir, defendem que a preocupação com a descoberta de fraudes e outras irregularidades tem vindo a ceder passo a outros objetivos com vista à criação de valor, como é o caso da Certificação Legal de Contas (CLC), elaborada por profissionais idóneos e competentes – Revisores Oficiais de Contas (ROC) – ou por Sociedades de Revisores Oficiais de Contas (SROC), que atesta a fiabilidade das Demonstrações Financeiras (DF).

Segundo a *International Federation of Accountants*, auditoria financeira é:

“Uma verificação ou exame feito por um auditor com o objetivo de o habilitar a expressar uma opinião sobre se as demonstrações financeiras estão ou não preparadas, em todos os aspetos materialmente relevantes, de acordo com uma estrutura concetual de relato financeiro identificada” (IFAC, 1999, nº4400)

Por sua vez a *International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI, 1997)*, organização direcionada para o regulamento da profissão em entidades públicas, define a auditoria como:

“Auditoria é o exame das operações, atividades e sistemas de determinada entidade, com vista a verificar se são executados ou funcionam em conformidade com determinados objetivos, orçamentos, regras e normas.” (INTOSAI, 1997)

Em Portugal, o Manual de Auditoria do Tribunal de Contas (Tribunal de Contas, 1999:23) dá a seguinte definição de auditoria financeira que se aproxima da definição dada pelo INTOSAI:

“Auditoria é um exame ou verificação de uma dada matéria, tendente a analisar a conformidade da mesma com determinadas regras, normas ou objetivos, conduzido por uma pessoa idónea, tecnicamente preparada, realizado com observância de certos princípios, métodos e técnicas geralmente aceites, com vista a possibilitar ao auditor formar uma opinião e emitir um parecer sobre a matéria analisada.” (Tribunal de Contas, 1999, p.23)

Os Hospitais, como as demais entidades empresariais existentes em Portugal sob diversas formas, são também obrigados, tal como previsto na lei, a auditorias constantes às DF. No que respeita aos Hospitais E.P.E, segundo os art. 5º e 15º do DL 233/2005 de 29 de dezembro, existe a obrigatoriedade de existência de um Fiscal Único, responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial. Fazem parte da sua competência diversos serviços previstos no art. 16º do mesmo DL, onde se salienta o dever de dar o respetivo parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas. Nos demais tipos de hospitais, a obrigatoriedade de elaboração de CLC rege-se pela forma de sociedade que os hospitais possam tomar. No normativo português, estão sujeitas a CLC entre outras: (1) sociedades anónimas (art. 413º Código das Sociedades Comerciais – CSC); (2) Sociedades por Quotas (art. 262º CSC); (3) Entidades obrigadas a apresentar contas consolidadas (DL nº 238 de 2 de julho de 1991).

No entanto, o procedimento de revisão de contas em Portugal, e de forma transversal a todas as entidades, sofrerá algumas alterações a partir de 2016, facto que remonta a 13 de outubro de 2010, quando a Comissão Europeia (CE) publicou o Livro Verde²³ intitulado: “Política de Auditoria: as lições da crise” que visava consultar a opinião dos estados membros no contexto da reforma regulamentar dos mercados financeiros, sobre o papel e o âmbito da auditoria, bem como acerca da forma como a função de auditoria poderia ser reforçada de modo a contribuir para uma maior estabilidade financeira. Essa consulta pública revelou que

²³ “Os Livros Verdes são documentos publicados pela Comissão Europeia para promover uma reflexão a nível europeu sobre um assunto específico. Para tal, convidam as partes interessadas (organismos e particulares) a participar num processo de consulta e debate, com base nas propostas que apresentam” – disponível em http://ec.europa.eu/green-papers/index_pt.htm, consultado a 2015/08/10.

as regras das diretivas anteriores referentes a esta matéria, poderiam ser melhoradas. Poder-se na Proposta de Lei nº 334/XII na parte da Exposição dos Motivos que:

“Em 2014, decorrido tempo suficiente para permitir a identificação de algumas fragilidades na eficiência das soluções da Diretiva nº 2006/43/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 17 de maio de 2006, foi revisto o quadro legal europeu sobre esta matéria, através da Diretiva nº 2014/56/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de abril de 2014, que altera a Diretiva nº 2006/43/CE relativa à revisão legal de contas anuais e consolidadas, e o Regulamento (UE) nº 537/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de abril de 2014, relativo aos requisitos específicos para a revisão legal das contas das entidades de interesse público.” (pag.2)

As novas Diretivas e Regulamentos foram assim transpostos parcialmente para a ordem jurídica interna, e serão obrigatórios a partir de 17 de junho de 2016²⁴. Sumariamente apresentamos, as principais mudanças a implementar:

- Aprofundamento das exigências aplicáveis a sistemas de supervisão pública – este sistema será liderado por uma autoridade de supervisão pública, com responsabilidade última pela supervisão dos ROC e SROC, dos quais deverá ser totalmente independente. Definindo-se a nível nacional que a criação de uma nova entidade traria custos desnecessários pelo que, é exposto na Proposta de Lei nº334/XII a opção passará:

“por uma solução que, assegurando a independência da profissão tal como exigido pelo direito da União Europeia, aproveitasse a estrutura, a experiência e as competências instituídas de uma autoridade já existente para o efeito. Aproveitou-se a experiência acumulada da CMVM na supervisão dos auditores nela registados (...) ampliando as suas competências de forma a abranger a supervisão pública dos ROC e das SROC”. (p. 3)

Para tal foi criado o Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria e a figura do CNSA – Conselho Nacional de Supervisão de Auditoria;

²⁴ Informação disponível em:

<http://www.oroc.pt/fotos/editor2/Divulgacoes/2014/NovaDiretivaRegulamento.pdf>, consultada a 2015/10/07.

- Necessidade da existência de um maior ceticismo profissional e o reforço da independência dos ROC e das SROC em relação à entidade auditada – a referida diretiva impõe assim vários requisitos substanciais, organizacionais e procedimentais, que implicaram uma revisão aprofundada do regime de supervisão de auditoria;
- Desenvolvimento de normas que regulam a fiscalização das entidades de interesse público²⁵ - âmbito centrado sobretudo no Regulamento nº 537/2014 que reconhece a relevância pública significativa das entidades de interesse público, atenta a sua dimensão e complexidade bem como a natureza das suas atividades. Regulou por isso, diretamente e com maior profundidade, diversas vertentes da revisão legal de contas destas entidades, atendendo a aspetos como a densificação dos órgãos de fiscalização, em particular no âmbito da seleção e proposta de designação do ROC ou SROC pelo órgão competente da entidade auditada, prevendo-se ainda a nulidade de cláusulas contratuais que limitem a competência do órgão competente na designação do ROC ou SROC;
- Criação de normas sobre o registo de auditores e entidades de auditoria de Estados-Membros da União Europeia para a prestação de serviços de revisão legal de contas em Portugal – esta medida surge no cumprimento das exigências do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia de criação de um mercado interno, assente num espaço sem fronteiras internas, no qual é assegurada a livre circulação das mercadorias e dos serviços e a liberdade de estabelecimentos;
- Imposição de limites para a prestação de serviços distintos de auditoria que possam por em causa a independência, como é exemplo o aditamento do art. 68º - A do DL nº 224/2008, de 20 de novembro, que refere o Dever de Independência do ROC, salientando no nº2:

“O ROC deve recusar qualquer trabalho que possa diminuir a sua independência, integridade e objetividade, (...) como seja a prestação, direta

²⁵ As Entidades de Interesse Público (EIP) são as previstas no art. 2º do DL nº 255/2008, de 20 de Novembro, alterado pelo DL nº 71/2010, de 18 de Junho, salientam-se, dado o seu interesse para a presente dissertação. São consideradas EIP as empresas públicas que, durante dois anos consecutivos, apresentem um volume de negócios (VN) superior a 50 000 000€ ou um ativo líquido total superior a 300 000 000€.

ou indireta, de serviços complementares que não sejam de revisão ou auditoria.” (p. 8146)

- Supervisão dos auditores ao nível da União Europeia e a criação de um organismo europeu de entidades supervisoras (CEAOB – *Committee of European Audit Oversight Bodies*).
- Imposição de rotação obrigatória de auditores nas entidades de interesse público, tal como definido no art. 54º nº 2 do DL nº 224/2008, de 20 de novembro:

“o período máximo de exercício de funções de auditoria pelo sócio responsável (...) é de sete anos, a contar da sua designação, podendo vir a ser novamente designado depois de decorrido um período mínimo de dois anos.” (p. 8139)

Tal como defende o IFAC (2012) é de primordial importância a existência de um nível único de garantia compatível com a palavra “auditoria” já que, é de interesse público que os usuários de demonstrações financeiras tenham um entendimento comum sobre a sua fiabilidade. O que facilita a minimização das diferenças de entendimento entre diferentes grupos sobre o que constitui uma auditoria e sobre o objetivo de realizar uma auditoria.

Tal como podemos observar pela criação das Diretivas nesta matéria e a sua transposição para o ordenamento jurídico português, também a União Europeia e consequentemente Portugal estão a trabalhar nesse sentido.

1.5.2 Auditoria Operacional na Saúde

Os cuidados de saúde (consultas, meios complementares de diagnóstico, como Tomografia Axial Computorizada (TAC) e raios X, medicamentos, intervenções cirúrgicas, vacinas, entre outros) em Portugal acarretam custos elevados. A despesa total em saúde representa, em Portugal, um valor de 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB) - superior ao da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) – 9,3%, (Pordata, 2014). Gerir uma organização que seja orientada para os cuidados prestados na saúde faz com que a eficiência e eficácia sejam avaliadas pelos utentes que procuram os seus serviços. O mais importante quando se recorre a uma organização de saúde, como é o caso dos hospitais, é sair curado ou pelo menos com uma melhor qualidade de vida. Isso faz com que

resultados financeiros ou avaliações de desempenhos não sejam, pelo conhecimento geral, de relativa importância para um bom funcionamento hospitalar.

Contudo, tal como referido por Carvalho (2013), não é possível abordar a saúde e os cuidados de saúde sem levar em conta conceitos como custo-efetividade, eficácia, eficiência e produtividade no funcionamento das organizações de saúde. Por outras palavras, encontra-se aqui a definição de Auditoria Operacional²⁶ na sua génese: a economia, a eficiência e a eficácia das organizações. A Auditoria Operacional acaba assim por ir mais além do que os próprios conceitos financeiros aplicando o vulgarmente chamado conceito dos 3E's²⁷.

Encontramos na literatura algumas definições para Auditoria Operacional:

Haller (1986, p.1), define Auditoria Operacional como:

“Uma revisão metódica de programas, organizações, atividades ou segmentos operacionais dos setores público e privado, com a finalidade de avaliar e comunicar se os recursos da organização estão a ser eficientemente usados e se estão a ser alcançados os objetivos operacionais.”

Pinto (1995, p.24) refere-se a esta Auditoria, como sendo a:

“Inspeção das atividades da organização exercida por profissionais do seu quadro interno, subordinado ao respetivo órgão de gestão com a finalidade de revelar deficiências e sugerir medidas de aperfeiçoamento em todos os campos em que tal possa ser útil.”

Araújo (2004, p.27) conceitualiza este tipo de auditoria como:

“A análise e avaliação de desempenho de uma organização – no todo ou em partes – objetivando formular recomendações e comentários que contribuirão para melhorar os aspetos de economia, eficiência e eficácia.”

²⁶ Não há na literatura uma consensualização sobre o nome dado a este tipo de auditoria. Neste estudo utilizaremos Auditoria Operacional por considerarmos ser o mais adequado e o mais frequentemente utilizado.

²⁷ Economia, Eficiência e Eficácia.

A International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) através das suas Diretrizes para a Aplicação de Normas de Auditoria Operacional (INTOSAI, 2005, p.15), enfoca a eficiência e eficácia sem desprezar a observância da economicidade:

“A auditoria operacional é um exame independente da eficiência e da eficácia das atividades, dos programas e dos organismos da Administração Pública, prestando a devida atenção à economia, com o objetivo de realizar melhorias.”

De acordo com Pinheiro (2008) e sintetizando, a auditoria operacional consiste em avaliar as diversas atividades/processos da empresa, tendo em conta a complexidade das operações, o controlo interno instituído e a dispersão geográfica, numa ótica de contribuir para a melhoria da performance da empresa ou organização.

Podemos assim encontrar um aspeto comum em todas as definições: a Auditoria Operacional contribui para possibilitar que a gestão cumpra com o seu principal desafio, preencher a diferença entre o que é feito e o que pode ser feito.

No ambiente hospitalar e segundo o Manual de Auditoria Interna elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2007) a auditoria interna hospitalar deverá incidir sobre a eficiência e eficácia das operações e processos; reforçar a confiança e integridade da informação financeira e operacional; salvaguardar os ativos e verificar a conformidade com a legislação e regulamentos aplicáveis. Está assim reforçado o que defende Pinto (1995): a Auditoria Operacional não é nada mais do que uma área mais abrangente da Auditoria Interna, aplicada a todos os âmbitos e setores da organização, sem exceção.

O Instituto Português de Auditoria Interna (IPAI) define a Auditoria Interna²⁸ como:

“Uma atividade independente, de avaliação objetiva e de consultadoria, destinada a acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização. Assiste a organização na consecução dos seus objetivos, através de uma abordagem sistemática e disciplinada, na avaliação da eficácia dos processos de gestão do risco, de controlo e de governação. A função de Auditoria Interna deve reportar a um órgão elevado da organização e ao Comité de Auditoria, quando exista, ou a outro, de forma a garantir a sua independência e a permitir cumprir com as suas responsabilidades. O

²⁸ Instituto Português de Auditores Internos (IPAI): <http://www.ipai.pt/faq/faq.php?id=44>, acessado a 2014/11/24.

seu objetivo é o de contribuir para a criação de valor, através do apoio que presta à gestão.”

Simões (2004b) acresce que medir o desempenho de um hospital não é fácil e que os objetivos não são claros, todos os hospitais são diferentes e há dificuldades na sua comparação. Acrescenta que o sistema hospitalar é particularmente complexo e que alguma informação é intangível ou não mensurável, como por exemplo a dor, cuja redução pode constituir um dos mais importantes objetivos de um hospital.

Surgem assim os conceitos de *outputs* e *outcomes*. Imaginemos um sistema de produção, consideramos os *outputs* todos os produtos criados, e *outcomes* serão todos os benefícios que com eles advierem. Traduzindo isto para o panorama da saúde em Portugal, *outputs* serão as corretas utilizações (de uma forma económica e eficiente) dos meios necessários ao tratamento de um doente desde o pessoal médico, ao mais elaborado meio de diagnóstico e tratamento, *outcomes* será então o resultado eficaz obtido após a utilização de todos estes fatores, que se traduzirá na cura, deteção da doença, ou na melhoria da qualidade de vida do doente. De uma forma mais geral, *outcomes* serão os efeitos e (espera-se) benefícios causados pela utilização correta dos *outputs*.

Confirmando e de um modo bastante crítico, defende Carvalho (2013, p.99) que os problemas na saúde:

“estão intimamente relacionados com a quase obrigatória passagem de uma perspetiva exclusivamente operacional do desempenho, suportada nos *outputs* e na avaliação da eficiência (fazer bem as coisas) para uma outra índole eminentemente estratégica, que inclua o *outcome* e a eficácia (fazer as coisas certas), a qual é o único caminho possível para um conseguido processo de avaliação da excelência em desempenho do que se quer e/ou deve levar a cabo”.

Refere ainda, por outras palavras, que: “existe uma necessidade nuclear de se passar, em termos de contratualização, do *output* para o *outcome*”. Carvalho (2013, p. 121), acrescenta ainda que a necessidade de controlo sobre a gestão hospitalar tem que passar “obrigatoriamente por uma dupla abordagem: (1) operacional – de *outputs* – pela maior eficiência na utilização dos recursos disponibilizados; (2) estratégica – de *outcomes* – pela resposta efetiva, estrutural e de longo prazo às necessidades de saúde, em todos os seus aspetos mais relevantes”.

1.6 *Corporate Governance* no setor público

Shleifer e Vishny (1997, pp. 737-783) apresentam o *Corporate Governance* como um sistema de gestão voltado para a administração de topo, que permite o equilíbrio de forças entre os gestores e os sócios. Dá a necessária transparência dos seus atos, cria segurança ao mercado e em especial aos *stakeholders*, ou seja, aos acionistas, às instituições financeiras, aos fornecedores, aos clientes, aos funcionários, à comunidade e aos próprios sócios proprietários.

O *Corporate Governance*²⁹ deve promover mercados transparentes e eficientes, estar em conformidade com o princípio do primado do direito e articular claramente a divisão de responsabilidades entre diferentes autoridades de supervisão, autoridades reguladoras e autoridades dedicadas à aplicação das leis. Deve proteger e facilitar o exercício dos direitos dos acionistas assim como assegurar o tratamento equitativo dos mesmos qualquer que seja a sua participação. Deve encorajar uma cooperação ativa entre as sociedades e sujeitos terceiros à entidade na criação de riqueza, emprego e na manutenção sustentada de empresas financeiramente saudáveis. Deve assegurar a divulgação atempada da informação financeira, desempenho, participações sociais e governo da empresa. Deve assegurar a gestão estratégica da empresa, um acompanhamento e fiscalização eficazes da gestão pelo órgão de administração. (OCDE, 2004).

Em Portugal, as sociedades emitentes de ações admitidas à negociação em mercado regulamentado estão sujeitas ao dever de informar anualmente sobre o grau de acolhimento do Código de Governo das Sociedades – que consiste num conjunto de recomendações elaboradas pela Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM), ao abrigo do artigo 245.º-A do Código dos Valores Mobiliários³⁰ e do Regulamento da CMVM n.º 1/2010. No que respeita ao setor público, foi aprovada em Portugal a Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de março, onde se recomenda, no n.º 1 do Anexo I:

“O exercício do poder de tutela e da função acionista do Estado deve ser transparente, pelo que devem ser claramente identificados os membros do Governo e, quando aplicável, os serviços e organismos da Administração Pública que o levam a cabo e

²⁹ Na literatura este conceito é tratado sob diferentes denominações como: Governo das Sociedades, Governança, Governança Corporativa, etc. Ao longo deste trabalho utilizaremos: *Corporate Governance*.

³⁰ DL n.º 486/99 de 13 de Novembro.

devem ser objeto de divulgação pública os atos fundamentais em que essas funções se materializem.”

O *Corporate Governance*, em saúde, pode ser entendido como o conjunto de sistemas e de processos através dos quais as organizações lideram, dirigem e controlam as respectivas funções tendo em vista o cumprimento dos seus objetivos e o seu relacionamento com os parceiros e a comunidade (Deighan, & Bullivant, 2006).

O *Corporate Governance* em saúde assume, por isso, um papel decisivo na organização dos serviços e das unidades prestadoras de cuidados contribuindo para uma maior responsabilização e comunicação entre os diferentes níveis de gestão, os cidadãos e os profissionais de saúde através do desenvolvimento de sistemas de informação e de decisão rigorosos e transparentes. Desta forma, o *Corporate Governance* na Saúde contribui para uma melhoria global da qualidade clínica, da gestão do risco e da segurança dos doentes favorecendo, igualmente, uma gestão mais eficiente (OPSS, 2009).

O Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 (2014), identifica dois tipos de *Corporate Governance* na área da saúde:

1. Governação Clínica: é o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de qualidade dos cuidados;
2. Governação Empresarial: consiste numa estrutura de relações e de correspondentes responsabilidades tendo em vista o adequado cumprimento da missão e dos objetivos das organizações de saúde.

Como vantagens da utilização de boas práticas de *Corporate Governance*, Amaral *et al.* (2008) defendem o facto de existir a finalidade de otimizar o desempenho de uma organização ao proteger todas as partes interessadas, tais como investidores, colaboradores e credores. As principais entidades que asseguram o controlo da propriedade sobre a gestão são o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal e a obrigatoriedade de existir um Comité de Auditoria Independente que tenha, como defende a Delloite (2013, p.23) num dos seus estudos: “O intuito de proporcionar supervisão independente e objetiva”, acrescenta assim que: “as melhores práticas recomendam que o Comité de Auditoria seja composto essencialmente por membros do Conselho de Administração, preferencialmente independentes. Nesse sentido, a seleção dos membros do Comité de Auditoria está

diretamente ligada à seleção dos membros do Conselho de Administração, podendo ser complementada por meio da contratação de especialistas qualificados”.

Silva *et al.* (2006) enumeram algumas limitações do Sistema de *Corporate Governance* quer aplicado ao setor público, quer aplicado ao setor privado:

1. Mercado de Controlo das Empresas: referem os autores que as empresas são pouco controladas pela sua performance, e que o que prevalece é o fator dimensão: “uma grande empresa pouco lucrativa tem maior probabilidade de sobreviver com independência do que uma pequena empresa muito rentável”, Silva *et al.* (2006,p.26). Acrescentam ainda que este mercado terá funcionado ele próprio como fator de agravamento dos custos de agência³¹:

“Com efeito, não só muitas equipas de gestão terão desencadeado processos de aquisição tendo em vista adquirir dimensão que dissuadissem eventuais interessados na sua aquisição, como adicionalmente terão utilizado este mecanismo para atingir objetivos imediatos em detrimento da performance de longo prazo da empresa”, Silva *et al.* (2006, p.27).

2. Sistema Remuneratório:

“O elevado crescimento das remunerações e a falta de informação sobre essas remunerações, particularmente quando estão em causa mecanismos de *stock options*³², são factos que igualmente concorrem em sustentação da tese de que o mercado dos gestores profissionais está longe de funcionar de forma perfeita, e de que os mecanismos vigentes nos últimos anos não conseguiram

³¹ Jensen e Meckling (1976) definem relacionamento de agência como um contrato onde uma ou mais pessoas – o principal – persuade outra pessoa – o agente – para desempenhar alguma tarefa em seu favor, envolvendo a delegação de autoridade para a tomada de decisão pelo agente. Segundo os mesmos autores, os custos de agência são a soma dos seguintes pontos: (1) custos de elaboração e estruturação de contratos entre o principal e o agente; (2) despesas de monitorização das atividades dos agentes pelo principal; (3) gastos realizados pelo próprio agente para mostrar ao principal que os seus atos não serão prejudiciais; (4) perdas residuais, provenientes da diminuição da riqueza do principal por eventuais divergências entre as decisões do agente e as decisões que iriam maximizar a riqueza do principal.

³² São uma forma de remuneração de gestores através de contratos de opções de compra de ações da própria empresa. Dá-se ao gestor a opção (mas não o dever) de comprar ações da empresa para a qual trabalha a um determinado valor. A ideia é motivar os gestores, fazendo-os agir como proprietários da empresa, trabalhando no sentido de maximizar o seu valor.

na plenitude promover o alinhamento de interesses com os acionistas”, Silva *et al.* (2006:28).

3. Auditoria, Divulgação de Informação e Controlo Externo pelo Mercado de Capitais: os autores explicam esta limitação com base nas previsões feitas pelos analistas que colocam as fâsquias de previsão de resultados cada vez mais elevadas e apresentam duas opções aos gestores: ou desapontam os analistas, reduzindo as expectativas quanto à capacidade da empresa gerar valor e sendo pecuniariamente penalizados na sua remuneração, ou alimentam falsas expectativas, recorrendo a gestão de resultados, a práticas contabilísticas pouco ortodoxas ou simplesmente mentindo.
4. Independência dos Auditores Externos: enquanto fiscalizadores e avaliadores do desempenho da equipa de gestão, coloca-se a questão de saber o que é um auditor independente, relativamente a quem deve ele ser independente e que perfil deve ter.
5. Influência dos Acionistas com Rosto: os grandes acionistas – sejam ou não maioritários – têm interesse em influenciar as decisões dos gestores de forma a obter melhor performance.
6. Regulação e Supervisão: por si só, não garantem que as empresas sejam sistematicamente geridas no interesse dos seus acionistas pois, como já referido anteriormente, pode haver tendência à usurpação ou alteração da realidade económica.

De forma conclusiva, Bennington (2010), defende que a governação e a eficácia do setor da saúde assumem particular relevância, no quadro global das políticas públicas, na medida em que exercem um forte impacto, direto e indireto, não apenas na saúde e no bem-estar individual dos indivíduos mas também pelas consequências que têm no conjunto da sociedade e no desempenho da economia dos Estados (p. 314-333).

1.7 Economia, Eficiência e Eficácia Hospitalar: A Avaliação de Desempenho

Ferreira (2014) afirma que enquanto não houver uma consciência pública que se traduza na coragem de assumir a falência do setor público e os maus resultados forem justificados porque “se gastou o que era necessário”, haverá sempre a presunção de que os hospitais públicos não serão encerrados por um mau desempenho e consequentemente nada ou pouco

se fará para tentar atenuar e mitigar um mau resultado. Contrastando, no setor privado, um mau desempenho financeiro numa instituição que preste serviços de cuidados de saúde resultará na insolvência e saída de mercado (Harfouche, 2008). Cabe assim definir cada um destes conceitos de economia, eficiência e eficácia e relacioná-los com a avaliação do desempenho nos hospitais quer públicos, quer privados.

De uma forma geral, economia³³ “é o conjunto de atividades desenvolvidas pelo homem para obter os bens e serviços indispensáveis à satisfação das suas necessidades, moderando despesas e efetuando poupanças”. É assim importante perceber o conceito de economia na saúde, segundo Nero (2002):

“Economia da saúde define-se pelo ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados”.

Para Barros (2014), economia da saúde é o processo de ajuda na identificação da melhor combinação de recursos no sentido de alcançar objetivos desejados, em termos de quantidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados com o menor custo possível. Outras definições encontradas na revisão bibliográfica efetuada poderiam aqui ser apresentadas, no entanto, consideramos que todas convergem no mesmo sentido: trata-se de escolher de entre as diferentes formas de prestação de serviços de cuidados de saúde aquela que apresente um custo mais baixo perante a solução ótima e uma utilização limitada de recursos.

O Dicionário de Língua Portuguesa define Eficiência³⁴ como: “o poder de realizar (algo) convenientemente, dispendendo de um mínimo esforço, tempo e outros recursos”, trata-se da competência na realização de qualquer atividade. Para Barros (2014, p.36),

“Uma organização eficiente do SNS que leve a uma utilização racional e adequada dos meios existentes é algo difícil de definir. E é difícil de definir porque se combinam problemas de conceção das organizações com problemas de comportamento dos cidadãos (que procuram a melhor e mais rápida resposta ao que

³³ *Economia* in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora, 2003-2014. [consult. 2014-11-29 22:31:24]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/economia>.

³⁴ *Eficiência* in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora, 2003-2014. [consult. 2014-11-29 23:15:21]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/eficiencia>.

julgam ser as suas necessidades). E é essa questão do comportamento dos cidadãos que se torna algo furtuito para qualquer gestão, a organização vive para os utentes e o que os leva a procurar cuidados de saúde é algo absolutamente imprevisível”.

Ribeiro (2004) considera que a eficiência hospitalar advém de uma natureza macroeconómica, a visão em rede permite organizar a oferta evitando a sobreposição de competências.

Falar em eficácia é o culminar de tudo que já foi referido anteriormente, é importante ser económico e eficiente de uma forma eficaz, não importa saber o que é preciso fazer se isso não for feito de forma a que produza resultados. Eficácia³⁵ é “a capacidade de cumprir objetivos pretendidos; a força para produzir determinados efeitos.”

Os hospitais portugueses encaram vários obstáculos que os impedem de obter um melhor desempenho. Delgado (1999) defende quatro constrangimentos a um bom desempenho hospitalar:

1. Modelo de financiamento inadequado – a predominância do pagamento da despesa, sem relação com os resultados produzidos;
2. Ausência de mecanismos de concorrência – o que significa que a distribuição de recursos depende mais dos interesses da oferta do que da livre escolha dos consumidores;
3. Modelo burocrático de gestão – os hospitais públicos têm que seguir as regras de gestão de recursos humanos e de aprovisionamento da função pública;
4. Acumulação do exercício hospitalar público com a atividade privada – desvio de procura para o exercício da atividade privada.

Economia, eficiência e eficácia surgem assim como os três pilares de um bom desempenho de qualquer organização, no entanto, utilizar indicadores qualitativos e quantitativos destes parâmetros não é igual para todas as organizações já que cada caso é um caso. O problema agrava-se quando se trata de uma organização hospitalar pelas especificidades das atividades que lhes são inerentes.

³⁵ *Eficácia* in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora, 2003-2014. [consult. 2014-11-30 16:14:08]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/eficacia>

1.8 O *Balanced Scorecard* e a sua aplicação na área hospitalar

O *Balanced Scorecard* (BSC) surgiu originalmente em 1990 como resultado de um estudo realizado por Robert Kaplan e David Norton, em várias empresas, ao longo de um ano.

Neste estudo, os gestores de topo das organizações reconheceram que os sistemas de medição que utilizam influenciam decisivamente o comportamento dos gestores e dos seus colaboradores. Esses mesmos gestores reconheceram também que a tradicional análise financeira, pode traduzir sinais que não serão os mais corretos perante as necessidades de inovação contínua que o mundo dos negócios exige nos nossos dias (Kaplan e Norton, 1996).

O BSC é um instrumento de gestão que transforma a missão e estratégia de uma organização num conjunto coerente de objetivos mensuráveis que possam ser facilmente analisados, disponibilizados e monitorizados pela administração, bem como por unidades de negócio, departamentos ou mesmo por colaboradores de uma organização, foi inicialmente pensado para organizações com fins lucrativos que têm como objetivo primordial o lucro (Ribeiro, 2008).

Kaplan e Norton (1996), definem o *Balanced Scorecard* como uma *framework* que transforma visão e estratégia numa coerente listagem de indicadores de desempenho, acrescentam ainda que a ferramenta está assente no pressuposto de que a produção em massa de produtos e serviços standardizados deve ser substituída por outros produtos e serviços diferenciados, que respondem às necessidades dos consumidores com elevados níveis de qualidade, esse objetivo será atingido com a inovação e melhoria dos produtos e serviços, com a requalificação dos trabalhadores, com o apoio das tecnologias de informação e comunicação e com o essencial alinhamento organizacional. Matos e Ramos (2009, p.23) acrescentam que: “a metodologia do BSC assenta no princípio que as organizações atuais terão tanto mais sucesso quanto melhor conseguirem investir e gerir os seus bens intelectuais e os conhecimentos adquiridos ao longo do tempo”.

Segundo Kaplan e Norton (1996), algumas das principais vantagens identificadas pela utilização deste método são:

1. Clarificar e obter consenso sobre a estratégia a seguir;
2. Facilitar a comunicação interna da estratégia definida para a organização;

3. Alinhar toda a organização e as suas unidades de negócio com a estratégia empresarial;
4. Relacionar os objetivos estratégicos com as políticas de gestão e respetivos orçamentos de exploração;
5. Identificar e alinhar as iniciativas que conduzem aos objetivos estratégicos;
6. Induzir a revisão das estratégias de forma periódica e sistemática;
7. Obter informação de retorno que induza a aprendizagem e melhore a formulação estratégica.

Esta ferramenta, assenta, segundo os autores, em quatro perspetivas fundamentais:

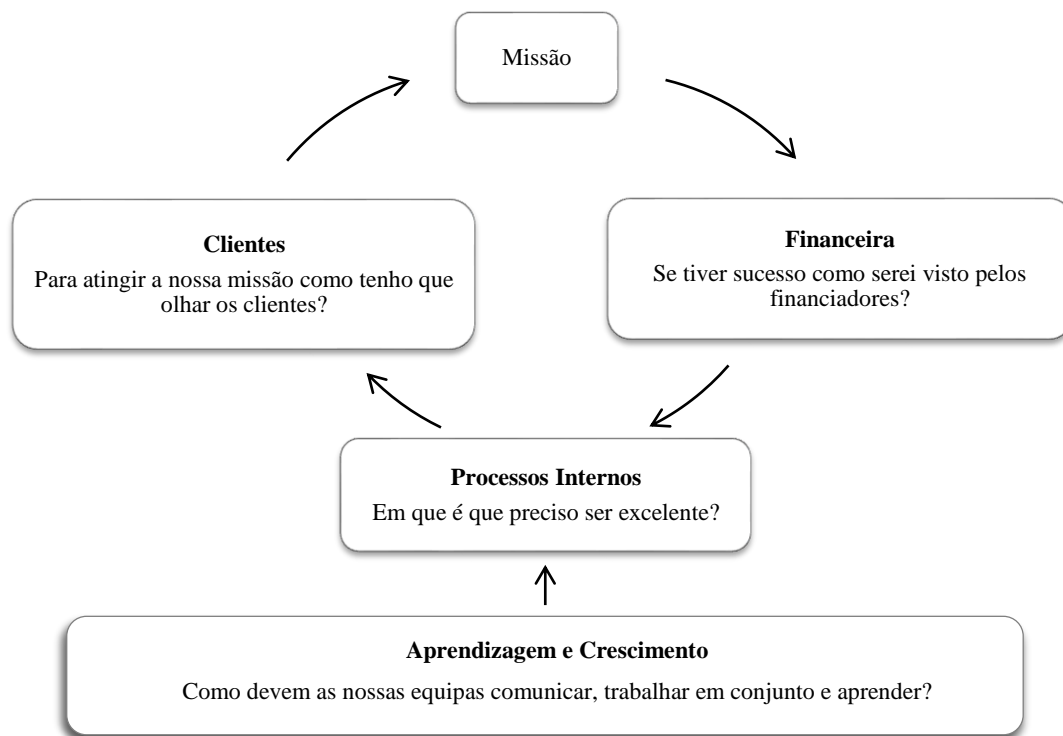
1. Perspetiva de Processos Internos e de Negócio: procura compreender e identificar os métodos produtivos que a organização utiliza e que realmente são os grandes responsáveis pela criação de valor e satisfação dos utentes. A melhoria dos processos internos no presente é um indicador chave do sucesso da organização no futuro;
2. Perspetiva dos Clientes: Esta perspetiva defende a forma como o valor deve ser criado e percebido pelos clientes. Relaciona-se com fatores como a satisfação, fidelidade, retenção e aquisição dos clientes e traduzem objetivos orientados para mercados ou segmentos específicos;
3. Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento: Estão aqui incluídas as competências profissionais, iniciativas de acesso à inovação, fundamental em áreas ligadas à saúde e acessibilidade a sistemas de informação. Por outras palavras, são incluídas nesta perspetiva um conjunto de indicadores relacionados com os empregados, com a sua satisfação, formação profissional, permanência na organização. Esta perspetiva oferece fundações para que as restantes perspetivas do BSC tenham êxito;
4. Perspetiva Económico – Financeira: A perspetiva financeira apresenta-se como a forma tradicional de avaliação de resultados bastando para isso a análise dos registos contabilísticos de períodos anteriores. A utilização isolada de indicadores financeiros faz centrar as atenções da gestão em resultados de curto prazo que podem prejudicar a criação de valor a longo prazo. Os indicadores financeiros apresentam-se assim

valiosos já que resumem as consequências económicas de medidas que estão a ser tomadas pela organização.

Estas quatro perspetivas permitem um balanço entre objetivos de curto e longo prazo (daí o nome *balanced*), apresentando abordagens diferentes quer se trate de uma empresa que vise, por exemplo, a construção de edifícios quer se trate de empresas que tratem algo tão intangível como a saúde. Referem ainda os autores que, para a ferramenta ser eficiente e passível de ser gerida, é necessário que, por cada perspetiva, existam não mais do que quatro indicadores de desempenho por período de análise, o termo *scorecard* surge exatamente devido ao propósito de quantificar o desempenho através desses indicadores.

A aplicação do BSC, serve como mensuração do desempenho para que, conhecendo os indicadores e objetivos com que determinada organização trabalha, se torne numa mais-valia e num forte instrumento de gestão apoiando no planeamento e decisões futuras (Kaplan e Norton, 1996). Com a evolução e aplicação do estudo sobre este método, e com algumas adaptações, percebeu-se ser possível a sua utilização como indicador de desempenho e a sua utilização não só em organizações com fins lucrativos como também em organizações sem fins lucrativos (Ribeiro, 2008).

Esquema 3 - Arquitetura do BSC em Organizações não Lucrativas.



Fonte: Matos e Ramos (2009, p.46)

Zelman *et al.* (2013) concluíram, da aplicação e avaliação do BSC a várias instituições de saúde, os seguintes aspetos: (1) embora sejam necessárias adaptações à sua realidade, a aplicação do BSC ao setor da saúde é de extrema importância; (2) o BSC tem sido utilizado além de uma gestão estratégica, numa forma de avaliação do desempenho; (3) usualmente são adaptados indicadores relativos à qualidade dos serviços, resultados e acesso no BSC deste tipo de organizações; (4) a utilização do BSC aumenta a necessidade de informação; (5) é usado por um elevado número de instituições.

Tal como diz Carvalho (2013, p.51): “o objetivo de economia, eficiência e eficácia tem sido adiado, distorcido e minorado na saúde em Portugal sob diversas formas e pretextos, o principal dos quais será a dificuldade em encontrar sistemas e indicadores para a sua monitorização, dos quais se salientam:

1. Qualidade dos cuidados;
2. Satisfação do doente;
3. Atitude e comportamento dos recursos humanos;
4. Resultados financeiros;
5. Adaptabilidade/sobrevivência”.

A mesma ideia é defendida por Bergamini e Secchi (2014) quando referem que um dos principais problemas na avaliação de desempenho é a definição do que medir, pois para se avaliar o desempenho é necessário construir mecanismos que possibilitem, de facto essa medição.

Para tal, é necessário a avaliação prévia do que se pretende estudar, para que se possa assim formular indicadores de desempenho que pretendam dar resposta à existência ou não de eficiência, economia e eficácia.

Nenhum dos indicadores, posteriormente definidos no Capítulo III, podem ser estudados de forma individual já que a perceção de um bom desempenho hospitalar não está só na taxa de mortalidade, nem nos bons resultados económicos. Da mesma forma, nenhum indicador pode ser estudado sem comparação já que por si só não há forma de saber se os resultados obtidos são ou não eficientes se não existir meio de comparação, isto é, não será conhecido se o tempo médio de espera, por exemplo, é aceitável em determinado hospital se não houver

conhecimento de como funcionam outros, é o estudo de *benchmarking* efetuado com base no BSC. Estes indicadores financeiros e operacionais são orientados pela missão e pela estratégia da empresa e traduzem a estratégia em objetivos e medidas tangíveis e mensuráveis.

1.9 Questões de Investigação decorrentes da Revisão Bibliográfica

Segundo Talbot (1995), as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, decorrem diretamente do objeto e especificam os aspetos a estudar. Assim, da Fase Concetual: Capítulo I – Enquadramento Teórico, e como ponto de partida para a Fase Metodológica: Capítulo II – Metodologias de Investigação, surgem as questões de investigação enumeradas na tabela que se segue.

Tabela 6 – Questões de Investigação

Questões de Investigação	
1.	Verifica-se um melhor desempenho ao nível económico-financeiro por parte do Hospital Privado?
2.	Serão os seguros de saúde e os subsistemas de saúde uma forma de ver sempre o privado como primeira opção?
3.	Terá a formação do administrador hospitalar influência no desempenho da organização?
4.	Recorrer aos cuidados de saúde do setor privado deve-se ao rendimento disponível das famílias?
5.	Torna-se mais importante um bom desempenho operacional ou um bom desempenho económico?
6.	Será fundamentada a perceção comum de que os hospitais privados apresentam melhor desempenho que um hospital público?
7.	A existência de um Sistema de Auditoria Operacional (SAO) está diretamente relacionada com o desempenho hospitalar em ambos os setores?

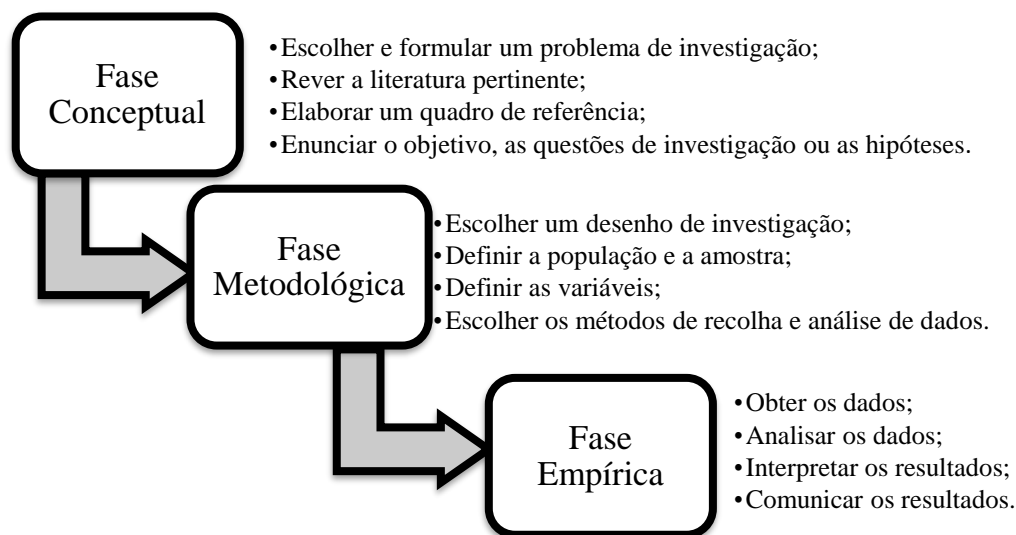
Fonte: *Elaboração Própria, 2015*

Capítulo II – Metodologias de Investigação

2.1 Enquadramento Teórico da Metodologia a Utilizar

Segundo Fortin (1996) o processo de investigação comporta três fases principais como se pode ver na figura:

Figura 2 - Etapas do Processo de Investigação



Fonte: Adaptado de Fortin (1996)

A Fase Conceptual refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar no que concerne a um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo. Podemos assim definir que, neste estudo, encontramos esta fase ao longo do primeiro capítulo.

A Fase Metodológica pode ser encontrada no presente capítulo. Aqui serão apresentados os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação formuladas. É necessário escolher um desenho apropriado quando se trata de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses.

A Fase Empírica será abordada neste estudo no capítulo seguinte e consiste num plano de investigação que pressupõe a recolha de dados. Seguida da organização e do tratamento dos mesmos. Posteriormente passa-se à apresentação, interpretação dos dados e, conseqüentemente, à comunicação dos resultados. A partir destes dados poder-se-á propor novas vias de investigação e formular recomendações.

Dos diversos autores estudados sobre a metodologia da investigação, nomeadamente, Fortin (1996); Quivy e Campenhoudt (2005) e Yin (2009, 2003 e 2011) concluímos que estes harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação. Decorrente das questões colocadas, certas investigações implicam necessariamente uma descrição dos fenómenos em estudo, outras uma explicação sobre a existência de relações entre os fenómenos ou ainda uma predição ou controlo dos fenómenos.

2.1.1 Método Qualitativo e Quantitativo

Fortin (1996, p.22) refere que: “os dois métodos de investigação que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento são o método quantitativo e o método qualitativo”. De facto, a pesquisa atual em ciências sociais e humanas segue duas orientações básicas a partir dos fundamentos e práticas de pesquisa, com pressupostos teóricos, modos de abordar a realidade e meios de colher informações diferentes (Chizzotti, 2011).

De acordo com Yin (2009) as metodologias quantitativas caracterizam-se por: (1) identificar prioridades; (2) medir e correlacionar escalas; (3) medir, comparar e explicar a variância; (4) explicações enfatizando prioridades e populações e (5) generalizações formais. Fortin (1996, p.322) corrobora a ideia referindo que: “a abordagem quantitativa, baseada na perspetiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo”. Em síntese, Wong (2014) define este método como aquele que pretende responder a questões de investigação do tipo: “o quê?”; “quem?”; “quanto?”; “quantos?”.

As metodologias qualitativas definem-se, segundo Yin (2009), por: (1) isolar casos; (2) observar testemunhos consequências e contextos; (3) determinar padrões, selecionar e classificar; (4) compreensão com ênfase em generalidades e (6) generalizações naturalistas.

Fortin (1996) apresenta e define os tipos de vertentes qualitativas: (1) Estudo fenomenológico, que visa compreender um fenómeno, para extrair a essência do seu ponto de vista; (2) Teoria Fundamentada, que tem por objetivo gerar uma teoria a partir dos dados obtidos no terreno e junto das pessoas que possuem uma experiencia pertinente; por último, apresenta a (3) Abordagem Etnográfica que consiste em descrever o sistema cultural do ponto de vista das pessoas que partilham a cultura estudada.

Yin (2009) acrescenta ainda outros métodos como o (4) Estudo de Caso, que como o próprio nome indica, estuda o fenómeno (“o caso”) no seu contexto real; (5) História de Vida, que visa o conhecimento da história de vida de vários indivíduos focado em determinado ponto de interesse e (6) Investigação-Ação, onde o investigador adota os hábitos e colabora com quem está a inquirir.

A título de exemplo, enquadra-se na teoria quantitativa uma questão do género: “Quantos utentes preferem utilizar o setor público ao invés do privado?”. A metodologia qualitativa responderá, por exemplo: “O que leva os utentes a escolher o público em vez do privado?”

Apresentamos de forma sintética algumas das vantagens e desvantagens da utilização, quer do método qualitativo, quer do quantitativo expostos segundo vários autores:

Tabela 7 - Vantagens e Desvantagens do Método Qualitativo

Vantagens	Autor	Desvantagens	Autor
Perceção da importância deste tipo de investigação e consequente aumento de cuidado e rigor por parte dos investigadores	Brink (1991)	Reduzido tamanho na amostra, existindo pouca representatividade das mesmas	Clark (1992)
A pesquisa qualitativa enfatiza o processo e o seu significado	Yin (2011)	Possível falta de fidelidade dos métodos	Clark (1992)
Grande interação entre o investigador e o investigado	Ludke e André (1986)	Problemas de objetividade que podem resultar da pouca experiência, da falta de conhecimentos e de sensibilidade do investigador	Bogdan, R. e Biklen, S. (1994)
Produção de boas hipóteses de investigação, devido à utilização de técnicas como: entrevistas detalhadas, observações minuciosas e análise de produtos escritos (relatórios, testes, composições)	Bogdan, R. e Biklen, S. (1994)		

Fonte: *Elaboração Própria, 2015*

Tabela 8 - Vantagens e Desvantagens da utilização do Método Quantitativo

Vantagens	Autor	Desvantagens	Autor
Facilidade de transformação de dados em números	Levin <i>et al.</i> (1997)	Restritivo, representando um retrato redutor da complexidade social, não conseguindo captar o ponto de vista do indivíduo	Caldwell <i>et al.</i> (2005)
Preocupação em medir (quantidade, frequência e intensidade) e analisar as relações causais entre as variáveis	Curry <i>et al.</i> (2006)	Possibilidade de utilização de grandes amostras que afastam o pesquisador do dia-a-dia do objeto	Nicholls (2011)
Cobertura de um grande número de situações. Rápido. Económico. Orientado para a estatística	Easterby-Smith <i>et al.</i> (1991)	É, por vezes, difícil para o investigador manter-se distante e independente do que está a estudar	Curry <i>et al.</i> (2006)

Fonte: Elaboração Própria, 2015

2.1.2 Triangulação

O aumento da sofisticação na área da investigação tem apresentado os tipos de pesquisa acima mencionados como insuficientes quando utilizados por si só, este debate deu à luz um terceiro paradigma de investigação reconhecido como triangulação. (Tobin e Bengley, 2004; Johnson, *et al.*, 2007). Denzin (1978) apresenta assim a triangulação como uma combinação de metodologias no estudo do mesmo fenómeno. Envolve a combinação de métodos complementares em abordagens qualitativas e quantitativas de forma a neutralizar os pontos fracos de cada abordagem. Fortin (1996, p.322) apresenta também uma definição de triangulação caracterizando-a como:

“Uma estratégia para colocar em comparação dados obtidos com a ajuda de dois ou vários processos distintos de observação, seguidos de forma independente no seio do mesmo estudo. O modelo da triangulação tipo é aquele em que se reúnem métodos qualitativos e quantitativos, sendo as regras processuais próprias de cada um escrupulosamente respeitadas”.

Segundo Denzin (1978) existem quatro tipos de triangulação:

- (1) Triangulação de dados, que implica o uso de uma variedade de fontes num mesmo estudo;

- (2) Triangulação de investigadores, o que se traduz no uso de vários investigadores ou avaliadores;
- (3) Triangulação de teorias, onde se utiliza várias perspetivas para interpretar um mesmo conjunto de dados;
- (4) Triangulação metodológica, que comporta o uso de diferentes métodos para estudar um dado problema ou programa. Será a triangulação metodológica a usada no presente trabalho, por todos os aspetos já abordados neste subcapítulo.

Reichardt e Cook (1986) afirmam que um investigador para melhor resolver um problema de pesquisa não tem que aderir rigidamente a um dos dois paradigmas, podendo mesmo escolher uma combinação de atributos pertencentes a cada um deles. Carmo e Ferreira (1998) acrescentam que o investigador também não é obrigado a optar pelo emprego exclusivo de métodos quantitativos ou qualitativos e, no caso da investigação assim o exigir, poderá mesmo combinar os dois tipos de métodos.

2.1.3 Estudo de Caso

Yin (2003, p.13) define estudo de caso como “uma investigação empírica que estuda um fenómeno contemporâneo dentro do contexto de vida real, especialmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são absolutamente evidentes”. Acrescenta o mesmo autor que o estudo de caso implica um conhecimento profundo da realidade investigada e, como tal, recorre a diferentes métodos e técnicas que se enquadram, sobretudo, num paradigma de investigação qualitativa. Chizzotti (2011) acrescenta ainda que um estudo de caso procura reunir os dados relevantes sobre o seu objeto de estudo e, dessa forma, alcançar um conhecimento mais amplo, dissipando dúvidas, esclarecendo questões pertinentes e, sobretudo, instruindo ações posteriores.

Na teoria de Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa nomeadamente sob a forma de um Estudo de Caso, centra-se na compreensão dos problemas, investigando o que está “por trás” de certos comportamentos, atitudes ou convicções. Não há qualquer preocupação com a dimensão da amostra nem com a generalização de resultados e não se coloca o problema da validade e da fiabilidade dos instrumentos.

Segundo Yin (2006) existem quatro tipos de estudos de caso:

1. Exploratórios: quando se conhece muito pouco da realidade em estudo e os dados se dirigem ao esclarecimento e delimitação dos problemas ou fenómenos da realidade;
2. Descritivos: quando há uma descrição densa e detalhada de um fenómeno no seu contexto natural;
3. Explicativos: quando os dados tratam de determinar relações de causa e efeito em situações reais, ou seja de que forma os factos acontecem em função uns dos outros;
4. Avaliativos: quando produz descrição densa, esclarece significados e produz juízos.

Considerando a ideia de Yin (2006) e de Bogdan e Biklen (1994) podemos também ter dois tipos de casos: (1) Múltiplo: o investigador estuda uma realidade, um ambiente, um caso. (2) Comparativo: o investigador estuda dois ou mais casos. No presente estudo utilizaremos um estudo de caso avaliativo múltiplo.

Fortin (1996) refere que o estudo de caso é uma abordagem frequentemente criticada no que respeita à sua validade e ao seu rigor científico. Contudo, refere a autora que existem referências que asseguram o seu valor e a sua pertinência em várias situações”. Yin (2009) apresenta assim duas referências: (1) validade interna: que exige um controlo sobre as variáveis estranhas a fim de eliminar qualquer explicação de um fenómeno diferente. Defende o mesmo autor que um estudo de caso apresenta validade interna pela intensidade da sua análise do fenómeno, pelas suas múltiplas observações, pela simetria dos comportamentos tipo, pela construção das explicações e, em certos casos, pela triangulação³⁶. (2) validade externa: diz respeito à generalização dos resultados, no estudo de caso, esta generalização não se pode fazer para toda uma população mas para um caso ou vários casos subsequentes. Os resultados deverão servir para interpretação e para a aplicação de princípios genéricos em casos semelhantes.

Duhamel e Fortin (2003, p.166) acrescem as vantagens e limites da utilização do estudo de caso. Como vantagens temos: (1) ”a informação detalhada que se obtém sobre um fenómeno novo” e (2) “a análise completa que produz que permite extrair ideias, ligações entre variáveis e verificar hipóteses”. Como limitações os mesmos autores referem que: (1) “os resultados não podem ser generalizados a outras populações ou situações” e que (2) “os dados podem ser incompletos ou dificilmente comparáveis”.

³⁶ Cfr. 2.1.4 Triangulação.

2.1.4 Inquérito por Questionário

Fortin (1996, p.168) apresenta o inquérito como “uma atividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma população ou porções desta com o objetivo de examinar atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos dessa mesma população”. Por sua vez, Ghiglione e Matalon (1993) definem o questionário como uma ferramenta altamente estandardizada, quer no que respeita ao texto das questões, quer na ordem como são formuladas e apresentadas. Os autores assentam esta opinião referindo que é fundamental que cada questão seja colocada da mesma forma, sendo necessário que o investigador formule as questões o mais claramente possível sem qualquer ambiguidade para que não influencie respostas com possíveis explicações.

Segundo Carmo e Ferreira (1998) os aspetos a ter em atenção na elaboração de um questionário são: o número de perguntas que deve ser adaptado ao estudo a realizar, na medida do possível as perguntas devem ser fechadas para que se possa objetivar as respostas e evitando que sejam ambíguas; o número de respostas-tipo não deve ser exagerado, de modo a não dispersar os inquiridos; as instruções sobre o modo de responder a cada pergunta devem ser claras e precisas; as perguntas devem ser compreensíveis para os inquiridos; as respostas padrão não podem ser ambíguas ou terem leituras subjetivas. Por fim, o investigador deverá verificar cuidadosamente, antes de aplicar o questionário, se este abrange todos os pontos da problemática a inquirir.

Os mesmos autores descrevem ainda os tipos de pergunta e a ordem pela qual devem ser colocadas num questionário. Primeiro as perguntas de identificação, que se destinam basicamente a identificar o inquirido, quando se trata de inquéritos anónimos identifica aspetos que o caracterizam, como idade, sexo, rendimento, profissão, etc.. Seguem-se as perguntas de informação que têm por objetivo obter os dados sobre factos e opiniões dos inquiridos. Usadas de forma interpolada com as perguntas de informação seguem-se as perguntas de descanso, defendem os autores que estas perguntas muitas vezes nem têm tratamento posterior e servem apenas para propositadamente introduzir uma pausa ou, por exemplo, para mudar de assunto. Por fim surgem as perguntas de controlo destinadas a verificar a veracidade de respostas dadas a outras perguntas inseridas noutra parte do questionário.

2.1.5 Inquérito por Entrevista

Conforme Bogdan e Biklen (1994) existem três tipos de entrevistas: (1) estruturada; (2) não-estruturada e (3) semiestruturada.

A entrevista não estruturada é aquela em que é deixado ao entrevistado decidir-se pela forma de construir a resposta, este tipo de entrevista tem sido cada vez mais utilizado como método de pesquisa. No entanto, uma entrevista estruturada com definição prévia das respostas é o método mais utilizado entre os investigadores. As entrevistas semiestruturadas são as que incluem os dois tipos acima referidos.

As entrevistas não estruturadas, segundo Carmo e Ferreira (1998) têm como principal ponto forte o facto de as questões poderem ser individualizadas para uma melhor comunicação, para além de que permitem ao investigador uma boa percepção das diferenças individuais e mudanças. Contudo, requerem muito tempo para a obtenção de uma informação sistemática e exigem bastantes capacidades e treino por parte do investigador.

As entrevistas estruturadas, facilitam a análise dos dados e permitem a replicação do estudo (Carmo e Ferreira, 1998). Em contrapartida, têm uma flexibilidade e espontaneidade reduzidas, as questões que não foram previamente antecipadas estão, neste tipo de entrevistas afastadas (Bogdan e Biklen, 1994).

No caso concreto do estudo e investigação a desenvolver, iremos recorrer à entrevista semiestruturada. As vantagens da utilização deste tipo de entrevista, apresentadas por Tuckman (2002), são: a otimização do tempo disponível, o tratamento sistemático dos dados, a facilidade de introdução de novas questões. Tuckman (2002) refere ainda a utilidade deste tipo de entrevistas em entrevistas de grupo e o facto de permitirem seleccionar temáticas de aprofundamento.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2005) uma atitude adequada numa entrevista caracteriza-se por: (1) fazer o menor número possível de perguntas; (2) formular as intervenções de forma mais aberta possível; (3) abster-se de se implicar no conteúdo da conversa e (4) procurar que a entrevista tenha lugar num local adequado.

2.1.6 Análise de Conteúdo

A importância da análise de conteúdo para os estudos académicos é cada vez maior e tem evoluído em virtude da preocupação com o rigor científico e a profundidade das pesquisas.

Em 1977, foi publicada uma obra notável de Laurence Bardin sobre análise de conteúdo, na qual o método foi configurado em detalhes: *A Análise de Conteúdo* que serve de orientação até aos dias atuais. Há na análise de conteúdo dois polos: o rigor e a necessidade de ir além das aparências. Metodologicamente, existem duas orientações que ao mesmo tempo em que se confrontam também se complementam: a verificação prudente ou a interpretação brilhante (Silva *et al.*, 2005).

Para Bardin (2006) a análise de conteúdo tem duas funções: (1) Uma função heurística: onde enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão à descoberta, e (2) Uma função de administração da prova: hipóteses sob a forma de questões ou de afirmações provisórias servindo de diretrizes que orientam para um método de análise sistemática para serem verificadas no sentido de uma confirmação ou de uma infirmação.

Assim, Bardin (2006:38) apresenta a análise de conteúdo como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

A mesma autora organiza a análise de conteúdo em três fases:

1) Pré-Análise: é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contacto com os documentos da recolha de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (Bardin, 2006).

2) Exploração do Material: consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registo (unidade de significado a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem da frequência) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registo que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registo). É uma etapa

importante já que vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Desta forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (Bardin, 2006).

3) Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação: esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2006).

Esta técnica será utilizada na obtenção de dados por parte dos hospitais através, sobretudo, da análise dos seus Relatórios disponibilizados.

2.1.7 Análise de Dados

O nosso interesse reside em encontrar resultados que se apliquem a uma determinada população. Escolhida a população e o caso a estudar recolhemos informações, dados da amostra da população, utilizando estes dados para a investigação da problemática encontrada, e, a partir daí inferir para a população como um todo (Field, 2005).

Assim, serão utilizados todos os procedimentos teóricos enunciados anteriormente, bem como a utilização de duas ferramentas de apoio: (1) IBM® SPSS® Statistics v22 e (2) Microsoft Office™ Excel™.

2.2 Identificação do Problema

O presente estudo pretende comparar o setor público e o privado na área da saúde, ao nível operacional e numa perspetiva de avaliação, identificando qual dos setores se apresenta com um melhor desempenho.

Com base no que foi exposto no ponto anterior sobre as metodologias da investigação, tendo em conta o que defendem os vários autores e pretendendo dar respostas às questões de investigação formuladas³⁷ utilizaremos as duas abordagens, quer a quantitativa quer a qualitativa, que serão usadas da seguinte forma:

³⁷ Cfr. 1.9 Questões de Investigação decorrentes da Revisão Bibliográfica.

- numa primeira abordagem, utilizar-se-á o Estudo de Caso, obtendo dados junto dos hospitais ou nos seus relatórios disponíveis. Para tal utilizar-se-ão KPI (*Key Performance Indicators*), definidos com base em estudos de organizações nacionais e internacionais, para cada uma das perspetivas que o *Balanced Scorecard* prevê;
- por conseguinte utilizaremos um inquérito por questionário dirigido aos utentes, para que possamos perceber o que os leva a recorrer a determinado tipo de hospitais e se determinadas situações, como por exemplo, o rendimento disponível, os fariam mudar o tipo de procura;
- para concluir e de forma a obter uma maior proximidade com os hospitais a estudar, serão elaborados inquéritos por entrevista a profissionais desses hospitais que trabalhem diretamente com áreas que visem a monitorização do desempenho.

Com a interligação das duas abordagens pretendemos não só uma análise cuidada de dados baseada em inquéritos (quantitativo) e entrevistas (qualitativo) como também pretendemos utilizar o Estudo de Caso (qualitativo) apresentado por Yin (2003).

2.2.1 Motivação na escolha do tema

A motivação para a escolha deste tema divide-se em três grandes razões.

Primeiro, este foi um dos temas postos em cima da mesa na altura de decisão, uma vez que o sistema de saúde em Portugal está a viver momentos de grandes mudanças, como é exemplo o facto já referido da empresarialização.

Outra das razões deve-se a que, na minha perspetiva, o tema da saúde e da qualidade dos serviços prestados está mais em voga que nunca: a situação interna de Portugal e a crise internacional, juntamente com as medidas adotadas pelo Executivo na sequência da intervenção da Tróika, fizeram dos últimos anos os mais difíceis da história do serviço de saúde. Estamos, consequentemente, num momento em que se fala da desigualdade e assimetrias regionais no serviço prestado já que o Estado se vê obrigado ao encerramento de hospitais e outras unidades de cuidados na área. Vemos os profissionais de saúde a serem desvalorizados neste país, como é o exemplo de enfermeiros a saírem para o estrangeiro. Assistimos a um paradoxo, em que nos apercebemos, como utentes, da necessidade dos hospitais disponibilizarem um maior número de profissionais da área e a não os contratarem.

A terceira razão deve-se à minha percepção de que um bom sistema de Auditoria Operacional ajudará os hospitais a desenvolverem métodos de gestão propícios a uma melhor prestação dos serviços, invertendo as situações referidas acima, fazendo uma melhor gestão dos custos e desempenhos inerentes à atividade, com recurso simultâneo aos fundamentos do BSC.

2.2.2 Definição da Amostra

No que respeita ao Estudo de Caso, os hospitais foram escolhidos tendo em conta quatro aspetos fundamentais:

1. Posição Geográfica;
2. Serviços Prestados;
3. Índice de Case-Mix (ICM);
4. Informação sobre KPI's a estudar presentes no Relatório de Contas.

Resumindo, foram escolhidos um hospital público e um privado, de entre os Hospitais sediados no distrito do Porto, que apresentassem semelhança de serviços prestados e, dentro desses, aqueles com ICM semelhante. Por fim e dada a dificuldade de obtenção de informação, foram escolhidos aqueles que apresentavam no seu relatório de gestão e contas, a informação que se pretende estudar através da avaliação dos KPI.

Cabe primeiro definir o ICM, segundo o Portal da Codificação Clínica e dos GDH (Grupo de Diagnóstico Homogéneo)³⁸:

“Coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados

³⁸ Informação disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/%C3%8Dndice_de_Case-Mix_%28ICM%29, consultado a 2015/09/24.

pelos pesos relativos dos respetivos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH)³⁹ e o número total de doentes equivalentes.”

De uma forma mais simplista, Lichtig (1986) caracteriza o ICM como o valor que expressa a diversidade dos casos tratados em cada hospital.

Assim, dos hospitais públicos situados no Grande Porto o ICM para cada um apresenta-se na tabela abaixo:

Tabela 9 - ICM dos Hospitais Públicos Situados no Distrito do Porto

ICM dos Hospitais Públicos Situados no Distrito do Porto	
Hospital	ICM
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	1,09
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	1,06
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	0,92
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	0,90
Unidade de Saúde Local de Matosinhos, E.P.E.	0,75

Fonte: Elaboração Própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/TabelaHospital_Publicar2013_vAP27.xlsx, consultado a 2015/09/24

Dos hospitais privados situados no distrito do Porto apenas um, apresenta nos relatórios disponíveis, o cálculo do ICM respetivo, sendo o valor de 0,83, não se afastando significativamente dos valores apresentados na tabela anterior. Assim esse será o hospital privado do nosso estudo, o Hospital CUF Porto (HCP).

Dos hospitais públicos enumerados, o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E., o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. e a Unidade de Saúde Local de Matosinhos, E.P.E., não têm semelhança nos serviços prestados com o HCP. O primeiro trata-se de um hospital destinado apenas ao tratamento de patologias oncológicas. O segundo trata-se de um centro hospitalar do qual fazem parte, o Hospital Joaquim Urbano, Hospital

³⁹ “Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) são um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Corresponde à tradução portuguesa para Diagnosis Related Groups (DRG). Permite definir operacionalmente os produtos de um hospital, que mais não são que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento e como parte do processo de tratamento definido”. Disponível em: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_%28GDH%29, consultado a 2015/09/24.

Geral de Santo António, E.P.E., o Hospital Central Especializado em Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis⁴⁰, o que faz com que este disponha de uma oferta superior à do HCP. O mesmo acontece com a Unidade de Saúde Local de Matosinhos que engloba para além o Hospital Pedro Hispano, os Centros de Saúde do Concelho de Matosinhos e a Unidade de Convalescença de Matosinhos. Resta-nos assim o Centro Hospitalar de São João e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Como já referido, pretendemos que a amostra contenha apenas hospitais do distrito do Porto, e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho engloba um hospital pertencente ao distrito de Aveiro⁴¹, assim, selecionamos o Centro Hospitalar de São João como o hospital público a estudar. O Hospital CUF Porto e o Centro Hospitalar de São João são caracterizados mais detalhadamente nos pontos que se seguem, para atestar a semelhança dos serviços prestados.

No Inquérito por Questionário, foi tida em conta, preferencialmente, a população do Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto (ISCAP), incluindo alunos, funcionários e professores tendo sido enviados cerca de 200 e-mails, não obstante, o inquérito por questionário foi também disponibilizado online em diversas redes sociais no período compreendido entre 26 de abril e 8 de junho de 2015.

2.2.2.1 Centro Hospitalar de São João

O Centro Hospitalar de São João (CHSJ), festejou em 2009 meio século de existência, completa este ano 56 anos. Foi inaugurado no dia do patrono da cidade do Porto – São João – a 24 de junho de 1959 e é hoje um dos maiores hospitais do país. Ao CHSJ pertence ainda o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo⁴², que trata sobretudo serviço de ambulatório, funcionando como uma extensão do CHSJ (CHSJ, 2014a, p.4).

Tal como se pode ler nos Relatório e Contas do CHSJ (CHSJ, 2014a, p.6), o hospital pauta-se pela competência, humanismo, paixão, rigor, transparência, união, solidariedade e ambição. Os mesmos relatórios apresentam ainda a missão do hospital:

⁴⁰ DL n° 326/2007, de 28 de setembro, DL n° 93/2005, de 7 de junho e DL n° 233/2005, de 7 de junho.

⁴¹ DL n° 50-A/2007, de 28 de fevereiro.

⁴² Neste estudo consideraremos este hospital como parte integrante do CHSJ, para facilitar a leitura da informação presente no Relatório e Contas.

“Prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais.”

E a sua visão:

“A visão do CHSJ é ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde a nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos, tornando-se a marca referencia no setor da saúde.”

O CHSJ presta assistência direta às freguesias de Bonfim, Paranhos, Campanhã, Aldoar, Maia e Valongo. Sendo ainda um Hospital Distrital, atua em conjunto com os Hospitais Regionais do distrito do Porto, Braga e Viana do Castelo, dando apoio a serviços que estes Hospitais não sejam capazes de garantir.

Fazem parte da Estrutura Orgânica do CHSJ, o Conselho de Administração, Comissões de Apoio Técnico e Órgãos de Apoio. O Conselho de Administração deste hospital é composto pelo Presidente do Conselho de Administração: António Ferreira, pela Diretora Clínica: Margarida Tavares, pela Enfermeira Diretora: Eurídice Portela, e dois Administradores Executivos: João Oliveira e Amaro Ferreira. (CHSJ, 2014a, p.7 e CHSJ, 2014b, p.14). As Comissões de Apoio Técnico são seis e englobam, a Comissão de Ética para a Saúde; de Farmácia e Terapêutica; de Qualidade e Segurança do Doente, de Coordenação Oncológica, de Certificação da Interrupção da Gravidez e, por fim, a Comissão Hospitalar de Transfusão. Os órgãos de apoio são nove, nomeadamente: Equipa de Gestão de Altas; Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação; Serviço de Auditoria Interna; Gabinete de Comunicação e Marca; Gabinete Jurídico e Contencioso; Responsável do Acesso à Informação; Unidade de Nutrição e Dietética, Auditor para o Investimento e a Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Refere o CHSJ (2014a, p. 8) que estas três unidades que fazem parte da estrutura orgânica, são mais simples que os serviços, têm funções específicas e recursos humanos próprios, não se integram por isso nos serviços. Os serviços do CHSJ dividem-se em Serviços Clínicos e Serviços não Clínicos. Fazem parte dos serviços clínicos todos os elencados na tabela apresentada de seguida, separados por áreas de produção clínica:

Tabela 10 - Serviços Clínicos CHSJ

Serviços Clínicos CHSJ	
Unidade Autônoma de Gestão (UAG) de Cirurgia	
Anestesiologia	Cirurgia Vascular
Bloco Central Operatório	Estomatologia
Cirurgia Ambulatório	Neurocirurgia
Cirurgia Geral	Oftalmologia
Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Maxilo-Facial	Ortopedia
Cirurgia Torácica	Otorrinolaringologia
Urologia	
UAG de Medicina	
Cardiologia	Imunoalergologia
Cuidados Paliativos	Medicina Física e Reabilitação
Dermatologia	Medicina Interna
Doenças Infeciosas	Nefrologia
Endocrinologia	Neurologia
Gastrenterologia	Oncologia
Genética Médica	Pneumologia
Hematologia Clínica	Reumatologia
UAG da Urgência e Medicina Intensiva	
Medicina Intensiva	Urgência Básica ⁴³
Urgência Polivalente de Adultos	
Clínica da Mulher	
Ginecologia e Obstetrícia	Centro da Mama
Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental	
Psiquiatria	
Centro de Medicina Laboratorial	
Anatomia Patológica	Imunohemoterapia
Patologia Clínica	
Centro de Imagiologia	
Medicina Nuclear	Radiologia
Neuroradiologia	Radioterapia
Hospital Pediátrico Integrado	
Cardiologia Pediátrica	Cirurgia Pediátrica
Medicina Intensiva Pediátrica	Neonatologia
Pediatria Médica	Urgência Polivalente Pediátrica

Fonte: Relatório de Contas CHSJ (CHSJ, 2014a, p.9)

⁴³ Segundo o Relatório de Contas do CHSJ (CHSJ, 2014a), funcionou até 13 de Julho de 2014, passando depois a designar-se Urgência Polivalente de Adultos.

Por sua vez, os serviços não clínicos apresentam a seguinte organização:

Tabela 11 - Serviços não Clínicos do CHSJ

Serviços não Clínicos CHSJ	
Centro de Ambulatório	
Serviços de Ambulatório	
Centro de Logística, Compras e Património	
Serviço de Aprovisionamento	Serviços Farmacêuticos
Serviço de Gestão de Informação	Serviço de Instalações e Equipamentos
Unidade de Esterilização	
Centro Controlo de Negócio	
Serviço de Controlo de Gestão	Serviços Financeiros
Centro Epidemiologia	
Serviço de Saúde Ocupacional	Unidade de Prevenção e Controlo da Infecção
Unidade de Investigação	Unidade de Qualidade e Segurança do Doente
Outros Serviços não Clínicos	
Centro de Assistência Espiritual e Religiosa	Serviços de Humanização
Serviço de Certificação	Serviços de Operações Hoteleiras
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Serviço de Organização Administrativa

Fonte: Relatório de Contas CHSJ (CHSJ, 2014a, p.9)

Alguns destes serviços encontram-se certificados pela ISO 9001:2008⁴⁴, o Relatório de Gestão 2014 (CHSJ, 2014a, p.61) refere que, em 2014, “continuam certificados os serviços de: Imuno-Hemoterapia; Anatomia Patológica; Centro Ambulatório; Serviço de Humanização Unidade de Medicina de Reprodução; Serviço de Certificação”. Acrescenta ainda que foram certificados: os Serviços Farmacêuticos; a área de Imunoalergologia; o Serviço de Gestão dos Recursos Humanos; os Serviços de Esterilização; os serviços de Operações Hoteleiras e os Serviços de Aprovisionamento. Encontram-se ainda em processo de certificação mais 12 serviços (CHSJ, 2014a, p.62)

O Hospital define sete grandes eixos estratégicos (CHSJ, 2014a, pp.12-14 e CHSJ, 2014b, pp.4-5). Detalhadamente:

⁴⁴ ISO 9000 designa um grupo de normas técnicas que estabelecem um modelo de gestão da qualidade para organizações em geral, qualquer que seja o seu tipo ou dimensão. – Disponível em:

<http://www.iso.org/iso/home/standards/benefitsofstandards.htm>, consultado a 2015/09/10.

1. Reforma Hospitalar: este eixo é predefinido pela tutela no âmbito do Memorando de Entendimento celebrado entre o Estado Português e as instituições financeiras internacionais e prevê a reorganização e racionalização da rede hospitalar;
2. Clientes – Servir as Expectativas: proporcionar ao doente não só o tratamento mais avançado possível como o conforto físico e humano;
3. Pessoas – Melhorar e Renovar Competências: num ambiente de restrições orçamentais o CHSJ indica como principal desafio a gestão de pessoas e a necessidade de se sentirem integradas para que façam dos seus objetivos os da organização;
4. Marca – Dar Confiança: o CHSJ quer ser reconhecido pela excelência, profissionalismo, humanismo competência e transparência. Sendo exímios na investigação, formação, comunicação e desempenho.
5. Processos – Atingir a Eficiência: tal como se pode ler no Relatório de Gestão do Hospital (CHSJ, 2014a, p. 13): “É indispensável para a defesa do modelo social, solidário e universal, que inspira o SNS, aumentar a eficiência e assegurar a sustentabilidade financeira dos hospitais.
6. Proveitos Extra CP: o CHSJ vê este eixo como forma de diminuir a dependência deste dos CP de forma a incrementar a utilização e rentabilização dos equipamentos e dos recursos.
7. Sustentabilidade Ambiental: afirmar a responsabilidade ambiental mediante a sensibilização e adoção de boas práticas.

Referindo mais detalhadamente o CP, no que respeita ao volume de atividade assistencial, o CHSJ orgulha-se possuir uma taxa média de cumprimento de 99,2% em 2014, o que representa uma melhoria significativa face a 2013, e indica que cumpriu na generalidade as metas contratualizadas para a atividade produtiva. (CHSJ, 2014a e CHSJ, 2013a). Para além do volume de atividade assistencial o CP integra ainda alguns indicadores de qualidade e eficiência, para os quais o Índice de Desempenho Global em 2013 foi de 97,2% (CHSJ, 2013a, p.56) e em 2014, de 98,6% (CHSJ, 2014a, p.54).

Por fim, em matéria de Investigação e Desenvolvimento o CHSJ dispõe de mais de uma dezena de projetos a decorrer que vão desde o desenvolvimento de departamentos, áreas e

procedimentos clínicos, até à melhoria dos sistemas informáticos e de gestão (CHSJ, 2014a, p. 70-76). Salienta-se ainda os projetos de investigação, em 2014 foram aprovados e iniciados vinte e cinco ensaios clínicos e mantiveram-se ativos oitenta e dois, perfazendo um total de cento e sete estudos a decorrer, o que origina centenas de publicações feitas sob alçada do CHSJ (CHSJ, 2014a, p. 77-97).

2.2.2.2 Hospital CUF Porto

Inaugurado em 2010, Hospital CUF Porto (HCP) é “o maior hospital privado a operar na Zona Norte do país” (José Mello Saúde, 2014a, p.II) fazendo parte do grupo José de Mello Saúde (GJMS) e que “serve uma população de mais de um milhão de habitantes”⁴⁵.

Como principais valores da instituição são apresentados: o respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa; o desenvolvimento humano; a competência e a inovação.

A visão do Grupo José Mello Saúde é (José Mello Saúde, 2014a, p.13):

“Ser líder na prestação de cuidados de saúde de qualidade distintiva, suportada numa rede integrada de unidades de elevada performance, tanto no setor privado como no setor público, e apresentar opções de crescimento em mercados internacionais selecionados.”

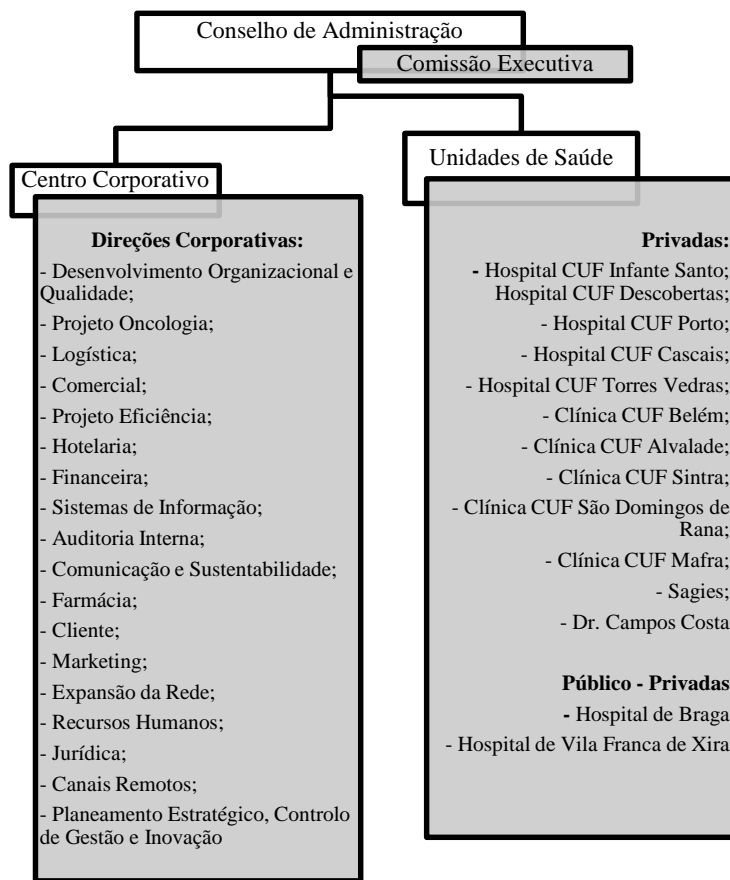
A missão pauta-se por (José Mello Saúde, 2014a, p.13):

“Promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor.

No mesmo Relatório (José Mello Saúde, 2014a, p.13) pode ainda ler-se que o GJMS desenvolve a sua atividade com base em três plataformas que considera de superioridade: a excelência em talento humano; a excelência em serviço e a excelência em operações e sistemas.

⁴⁵ http://www.josedemello.pt/gjm_gjm_00.asp?local=11, consultado a 2015/06/23.

Esquema 4 - Estrutura GJMS



Fonte: José Mello Saúde, 2014a, p.15

O GJMS está estruturado conforme se apresenta no presente esquema.

O Conselho de Administração é composto pelo presidente: Salvador Maria Guimarães José de Mello, por dois vice-presidentes e por oito vogais. Cada unidade de saúde é composta por um presidente executivo e por dois ou mais administradores executivos ou apenas por um administrador-delegado.

O Centro Corporativo é composto por dezoito Direções Corporativas.

A Comissão Executiva do GJMS é assessorado por um Conselho Médico que está presente na elaboração de propostas e iniciativas que visem a melhoria da prática médica, o aumento da qualidade, o desenvolvimento do conhecimento e o enriquecimento da informação clínica e a sua gestão. Desenvolveu, entre outras atividades: um programa de atuação para a segurança dos blocos operatórios, na área da gestão de risco; um programa de formação em emergência médica, na área da formação; na área da avaliação da *performance* prestou suporte a entidades externas com o propósito de avaliar o desempenho; apoiou a elaboração do Relatório de Qualidade Clínica 2013. (José Mello Saúde, 2014a). É ainda assessorado por um Conselho de Enfermagem que funciona a par com o Conselho Médico, reforçou iniciativas nas áreas de: Qualidade e Boas Práticas; Eficiência; Formação, Ensino e Investigação; Sistemas de Informação em Enfermagem e Experiência do Cliente.

As áreas clínicas abrangidas pelo GJSMS apresentam-se na tabela que se segue, e dividem-se em: Centros; Unidades Autónomas, Maternidade, Atendimento Permanente, Especialidades e existem ainda outros serviços que apoiam o funcionamento da unidade.

Tabela 12 - Áreas Clínicas do HCP

Áreas Clínicas do HCP	
Centros	
Centro da Criança e do Adolescente	Centro de Medicina do Sono
Unidades Autônomas	
Unidade de Cefaleias	Unidade de Neurocognição e Demências
Unidade da Coluna Vertebral	Unidade da Obesidade e Doenças Metabólicas
Unidade de Implantes Auditivos	Unidade da Voz
Unidade da Mama	
Maternidade	
Maternidade	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
Atendimento Permanente	
Atendimento Permanente	
Especialidades	
Anatomia Patológica	Medicina Geral e Familiar
Anestesiologia	Medicina Interna
Angiologia e Cirurgia Vascular	Neurocirurgia
Cardiologia	Neurofisiologia
Cirurgia Cardíaca	Neurologia
Cirurgia Geral	Nutrição
Cirurgia Maxilo-Facial	Oftalmologia
Cirurgia Pediátrica	Ortopedia
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	Otorrinolaringologia
Dermatologia	Patologia Clínica
Endocrinologia	Pediatria
Gastroenterologia	Pedopsiquiatria
Ginecologia-Obstetrícia	Pneumologia
Hemato-Oncologia	Psicologia Clínica
Imagiologia	Psiquiatria
Imunoalergologia	Reumatologia
Medicina Dentária	Terapia da Fala
Medicina Desportiva	Urologia
Medicina Física e Reabilitação	
Outros Serviços	
Análises Clínicas	Exames Diagnóstico
Cirurgias	Internamento
Consultas	Médico Assistente CUF
Cuidados Intensivos	Serviços Domiciliários
Cuidados Paliativos	Serviços Farmacêuticos

Fonte: Disponível no site do HCP em: <https://www.saudecuf.pt/porto-hospital>, no separador “Áreas Clínicas”.
Consultado em: 2015/09/24.

O GJMS salienta, em todos os relatórios (José Mello Saúde, 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2014c) e, em mais que um capítulo, a gestão da qualidade. Orgulhando-se de ostentar certificações ISO 9001:2008 em oito dos seus doze hospitais. Acrescenta que:

“o processo de acreditação envolveu a realização de auditorias rigorosas a toda a atividade e procedimentos do hospital. Foram avaliados mais de mil parâmetros e cerca de 300 padrões de excelência, focados na qualidade da prestação de cuidados e segurança do doente” (José Mello Saúde, 2014a, p.32)

Outra das formas da organização gerir o desempenho é a iniciativa de atribuir aos seus colaboradores prémios de comportamento, com base em avaliações periódicas. Os colaboradores são também o principal alvo da Responsabilidade Social Interna da organização, o Relatório de Gestão (2014a, p.47), destaca alguns dos benefícios destinados aos colaboradores: como bolsas de livros escolares, cabazes de natal, colónias de férias, entre outros. A Responsabilidade Social Externa visa, sobretudo, a comunidade em que se inserem as unidades de saúde, o grupo toma neste âmbito diversas iniciativas, das quais se salientam, entre outras, a implementação de cantinas sociais (Hospital de Braga), organização de diversas colheitas de sangue, implementação de programas de voluntariado e campanhas de angariação de bens.

O grupo considera a preocupação que tem com o doente constante, tentando promover a melhor experiência possível ao longo de toda a cadeia de valor. Destacam no Relatório de Gestão 2014 (José Mello Saúde, 2014a, p.32): a) a marcação de consultas online e em tempo real; b) a introdução de quiosques para a admissão mais rápida; c) o envio de SMS para familiares durante uma cirurgia; d) a criação de assistentes dedicados para os clientes em áreas como a oncologia ou a cirurgia; e) o desenvolvimento do portal do cliente onde este pode gerir toda a relação com as unidades da rede CUF e dos seus clientes.

No que respeita ao Ensino e à Investigação o GJMS desenvolve vários projetos conjuntamente com várias faculdades. Especificamente, no HCP, existem protocolos com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e participações na formação de alunos do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina em diversas áreas, como Cirurgia Vascular, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina Interna, entre outras. Concretamente na área da Investigação o GJMS tem a decorrer, trinta e nove ensaios clínicos, sendo que seis decorrem no HCP (José Mello Saúde, 2014a, pp. 41-43 e José Mello Saúde, 2014b, pp. 35).

O GJMS dispõe de Núcleo de Inovação, uma das iniciativas principais é desenvolvimento de ferramentas de incentivo à cultura de inovação, entre as quais se salienta o I9+, que tem como objetivo captar projetos e ideias inovadoras dos colaboradores, permitindo posteriormente que as ideias selecionadas sejam implementadas pelos próprios autores. (José Mello Saúde, 2014a, pp. 44-45)

A sustentabilidade é outra das preocupações do GJMS, para tal o grupo elaborou um Relatório de Sustentabilidade (José Mello Saúde, 2013c e José Mello Saúde, 2014b), este documento fornece às partes interessadas uma visão de longo prazo da organização e uma análise integradas dos impactos económicos, ambientais e sociais da sua atividade.

Por fim, o GJMS apresenta a sua política de gestão de riscos, que tem como objetivo garantir a correta identificação dos riscos associados aos negócios desenvolvidos, assim como adotar e executar as medidas necessárias para minimizar os impactos negativos que evoluções contrárias dos fatores subjacentes a esses riscos possam ter na estrutura financeira da sociedade e na respetiva sustentabilidade. A gestão dos riscos é feita de uma forma contínua e permanente. O GJMS apresenta assim como riscos materialmente relevantes, os riscos financeiros dos quais salientam o risco de liquidez, o de financiamento e o de exposição às variações da taxa e juro e riscos operacionais (José Mello Saúde, 2014a, p.53).

2.2.3 Hipóteses e Questões de Investigação

No decorrer de todo o enquadramento teórico realizado ao longo do primeiro capítulo, bem como da definição de metodologias de investigação a utilizar, explicadas no segundo capítulo, surgem as hipóteses apresentadas de seguida, cuja veracidade se pretende testar nos próximos capítulos. As hipóteses encontram-se divididas em três dimensões focando a informação que se pretende reter e estudar. A primeira dimensão representa a dualidade público – privado no sentido da avaliação do desempenho, quer económico, quer operacional. A segunda dimensão foca-se na auditoria interna do ponto de vista operacional para que seja perceptível de que forma a existência de procedimentos deste tipo de auditoria apoiam o bom desempenho hospitalar ou, por outro lado, a sua inexistência faz com que um hospital seja menos eficiente e eficaz. Por fim, a terceira dimensão prende-se com a perceção que os utentes, como principais interessados das unidades hospitalares, têm em relação ao desempenho e, de que forma, e quais, os fatores influenciadores da escolha entre o público e o privado.

2.2.3.1 Público vs. Privado – 1ª Dimensão

H₁ – O atual estado do sistema de saúde ao nível económico – financeiro no CHSJ apresenta-se com melhores resultados em comparação com o Hospital CUF Porto.

H₂ – O atual estado do sistema de saúde ao nível económico – financeiro no Hospital CUF Porto apresenta-se com melhores resultados em comparação com o CHSJ.

Q₁H_{1 e 2} – É um facto que o Hospital Privado apresenta um melhor desempenho ao nível económico - financeiro?

H₃ – O CHSJ apresenta um melhor desempenho operacional em comparação com o Hospital CUF Porto.

H₄ – O Hospital CUF Porto apresenta um melhor desempenho operacional em comparação com o CHSJ.

Q₂H_{3 e 4} – Será fundamentada a perceção comum de que os hospitais privados apresentam melhor desempenho que um hospital público?

Q₃H_{3 e 4} – Torna-se mais importante um bom desempenho operacional ou um bom desempenho económico?

Q₄H_{3 e 4} – Terá a formação do administrador hospitalar influência no desempenho da organização?

2.2.3.2 Auditoria Operacional – 2ª Dimensão

H₅ – São efetuadas auditorias operacionais regulares no CHSJ.

H₆ – São efetuadas auditorias operacionais regulares no Hospital CUF Porto.

Q5H5 e 6 – A existência de um Sistema de Auditoria Operacional (SAO) está diretamente relacionada com o desempenho hospitalar em ambos os setores?

2.2.3.3 Perceção dos Utentes – 3ª Dimensão

H7 – A escolha entre o setor público e o privado deve-se ao rendimento disponível das famílias.

Q6H7 – Recorrer aos cuidados de saúde do setor privado é, por vezes, uma hipótese posta de parte justificada pelos custos que o caracterizam?

H8 – A escolha entre o setor público e o privado deve-se ao facto dos utentes possuírem seguros ou subsistemas de saúde.

Q7H8 – Serão os seguros de saúde e os subsistemas de saúde uma forma de ver o privado como primeira opção?

Capítulo III – Estudo Empírico

3.1 Análise Económico – Financeira

Esta análise terá como base o Balanço e a Demonstração de Resultados de ambas as entidades, após a sua leitura serão ainda analisados determinados rácios financeiros. Os dados serão observados em função da Média do Agregado (média ponderada) dos Resultados dentro do setor com o CAE⁴⁶: 86100 – Atividades dos Estabelecimentos de Saúde com Internamento, dados disponibilizados através do Quadro do Setor (cujos valores mais recentes disponibilizados são de 2013), elaborado pela Central de Balanços do Banco de Portugal que recolhe dados contabilísticos das empresas. Os valores de 2013 serão ainda comparados com a evolução que tiveram ao longo do ano de 2014.

3.1.1 Análise do Balanço⁴⁷

Tabela 13 - Balanço do CHSJ e HCP referente a 2013 (em €)

	2013			
	CH de São João		Hospital CUF Porto	
	Montantes (€)	Peso (%)	Montante (€)	Peso (%)
Ativo	494 130 236,09	100%	21 903 651,16	100%
Ativo não Corrente	80 818 200,58	16,36%	10 189 782,78	46,52%
Ativos Fixos Tangíveis ⁴⁸	75 348 461,00	15,25%	10 111 475,24	46,16%
Ativos Intangíveis ⁴⁹	5 469 738,82	1,11%	60 470,79	0,28%
Participações Financeiras – Método da Equivalência Patrimonial (MEP)	-	-	17 573,75	0,079%
Ativos por Impostos Diferidos	-	-	263,00	0,001%
Ativo Corrente	413 312 035,51	83,64%	11 713 868,38	53,48%
Inventários e Ativos Biológicos Consumíveis	8 188 063,04	1,66%	870 214,99	7,43%
Clientes	58 936 394,94	12,0%	9 313 560,34	79,50%
Adiantamentos a Fornecedores	378 087,10	0,08%	-	-
Estado e outros entes Públicos	185 231,86	0,04%	5,00	0,0%
Outras Contas a Receber	332 200 018,26	67,22%	892 115,72	7,62%
Diferimentos	1 384 391,09	0,20%	0,00	0,0%
Caixa e Depósitos Bancários	12 039 849,76	2,44%	637 972,33	5,45%
Capital Próprio e Passivo	494 130 236,09	-	21 903 651,16	-

⁴⁶ Código de Classificação das Atividades Económicas. DL n° 381/2007 de 14 de Novembro.

⁴⁷ Em euros.

⁴⁸ Inclui Ativos Biológicos de Produção e Propriedades de Investimento.

⁴⁹ Inclui Goodwill.

Capital Próprio	138 040 518,20	100%	- 23 647 938,69	100%
Capital Realizado	112 000 000,00	81,14%	50 000,00	0,21%
Outros instrumentos de Capital Próprio	-	-	16 000 000,00	67,65%
Reservas e Resultados Transitados	- 8 661 439,58	- 6,27%	- 32 049 189,70	- 135,52%
Outras Variações do Capital Próprio	34 572 102,24	25,04%	-	-
Resultado Líquido do Período	129 855,54	0,09%	- 7 648 748,99	- 32,34%
Passivo	356 089 717,89	100%	45 551 589,85	100%
Passivo não Corrente	3 721 488,04	100%	21 795 247,00	47,85%
Provisões	3 721 488,04	1,00%	-	-
Financiamentos Obtidos	-	-	16 795 247,00	36,87%
Outras Contas a Pagar	-	-	5 000 000,00	10,98%
Passivo Corrente	352 368 229,85	99,0%	23 756 342,85	52,15%
Fornecedores	32 182 042,46	9,21%	5 524 355,87	12,13%
Adiantamento de Clientes	291 294 278,67	82,67%	-	-
Estado e outros entes públicos	5 719 530,29	1,61%	172 325,88	0,38%
Financiamentos Obtidos	-	-	13 854 175,68	30,41%
Outras Contas a Pagar	22 328 899,43	6,27%	4 205 485,42	9,23%
Diferimentos	843 479,00	0,24%	-	-

Fonte: Elaboração Própria, 2015

O CHSJ apresenta um balanço no valor total de 494 130 236,09€, no que respeita ao ano de 2013. O Ativo desde hospital compõe-se maioritariamente pelas rubricas Outras Contas a Receber; Ativo Fixo Tangível e Clientes. Já no que refere ao Passivo, a entidade apresenta um montante de 356 089 717,89€, onde o peso mais significativo se encontra na rubrica referente ao Adiantamento a Clientes. Por fim, o Capital Próprio apresenta um valor de 138 040 518,20€, valor esse com predominância quase total no Capital Realizado.

Por sua vez, o balanço do HCP exhibe a totalidade de 21 903 651,16€, valor também referente ao ano de 2013. O Ativo é na sua maioria composto pelas rubricas de Clientes e Ativos Fixos Tangíveis. O Passivo, no montante de 45 551 589,85€, é composto sobretudo pelos

Tabela 14 - Média do Agregado referente ao Balanço (em €)

2013	
Ativo	8 287 694,00
Ativo Não Corrente	4 807 626,00
Ativo Corrente	4 480 068,00
Capital Próprio e Passivo	8 287 694,00
Capital Próprio	1 844 819,00
Passivo	6 442 875,00
Passivo Não Corrente	2 625 841,00
Passivo Corrente	3 817 034,00

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Financiamentos Obtidos quer a médio quer a longo prazo, pelo HCP. O Capital Próprio apresenta um valor negativo de 23 647 938,69€, para o qual contribui com maior significância a rubrica Reservas e Resultados Transitados seguindo-se a rubrica referente ao Resultado Líquido do Período. Em todas as rubricas ambos os hospitais em estudo apresentam valores superiores à Média do Agregado, à exceção do Capital Próprio,

onde o CHSJ apresenta valores acima da Média, e o HCP apresenta valores inferiores, atingindo mesmo resultados negativos.

Na análise comparativa com o ano de 2014, podemos verificar que:

- Relativamente ao CHSJ, o valor total do Balanço teve uma variação de -53,58% apresentando, neste ano, um total de 229 385 757,92€. As rubricas referentes ao Ativo com maior influência no valor total do Balanço mantêm-se comparativamente a 2013. No passivo salienta-se o aumento dos Diferimentos num total de 1 724%, que contribuiu para um aumento global do Passivo na ordem dos 70%. Por sua vez, no Capital Próprio, que aumentou em cerca de 12%, salienta-se o aumento de 3 385,69% do Resultado Líquido do Período comparativamente com 2013.
- O HCP aumentou o valor total do seu balanço em 9,71% atingindo assim um montante de 24 030 455,10€, as rubricas que mais influenciam esse valor mantêm-se em comparação ao exercício de 2013. Não obstante, salientam-se, como variações mais significativas o aumento do Passivo Corrente em 60%; do Resultado Líquido do Período (RLP) em cerca de 50%; e das dívidas a Fornecedores em, aproximadamente, 40%.

Tabela 15 - Balanço do CHSJ e do HCP referente a 2014 (em €)

	2014					
	CH de São João			Hospital CUF Porto		
	Montantes (€)	Peso	Evolução	Montante (€)	Peso	Evolução
Ativo	229 385 757,92	100%	-53,58%	24 030 455,10	100%	+9,71%
Ativo não Corrente	76 530 089,68	33,37%	-5,31%	8 785 486,48	36,56%	-13,78%
Ativos Fixos Tangíveis ⁵⁰	74 620 460,05	32,53%	-0,97%	8 725 228,73	36,31%	-13,71%
Ativos Intangíveis ⁵¹	1 902 556,08	0,83%	-65,22%	42 421,00	0,18%	-29,85%
Participações Financeiras – Método da Equivalência Patrimonial (MEP)	-	-	-	17 573,75	0,06%	0,00%
Outros Investimentos Financeiros	7 073,55	0,01%	-	-	-	-
Ativos por Impostos Diferidos	-	-	-	263,00	0,01%	0,00%
Ativo Corrente	152 853 668,24	66,63%	- 63,01%	15 244 968,62	63,44%	+30,14%
Inventários e Ativos Biológicos Consumíveis	8 280 806,39	5,42%	+ 1,13%	992 282,95	4,12%	+14,03%
Clientes	54 774 475,45	35,83%	- 7,06%	12 220 256,97	50,85%	+31,21%

⁵⁰ Inclui Ativos Biológicos de Produção e Propriedades de Investimento.

⁵¹ Inclui Goodwill.

Ativo Corrente (continuação)						
Adiantamentos a Fornecedores	461 932,44	0,30%	+ 22,18%	-	-	-
Estado e outros entes Públicos	35 255,96	0,03%	- 80,97%	5,00	0,01%	0,00%
Outras Contas a Receber	79 854 869,50	52,24%	- 75,96%	981 924,06	4,09%	+10,07%
Diferimentos	1 277 899,47	0,84%	-7,69%	466 519,62	1,94%	-
Caixa e Depósitos Bancários	8 168 429,03	5,34%	- 32,15%	583 980,02	2,43%	+8,46%
Capital Próprio e Passivo	229 385 757,80	-	- 53,58%	24 030 455,10	-	+9,71%
Capital Próprio	121 059 451,27	100%	+12,30%	- 27 641 620,69	100%	-14,48%
Capital Realizado	112 000 000,00	92,52%	0,00%	50 000,00	0,18%	0,00%
Outros instrumentos de Capital Próprio	-	-	-	16 000 000,00	57,88%	0,00%
Reservas e Resultados Transitados	- 14 966 385,95	-12,36%	+72,79%	- 39 697 939,00	-143,61%	- 19,26%
Outras Variações do Capital Próprio	19 499 465,64	16,10%	+43,60%	-	-	-
Resultado Líquido do Período	4 526 371,58	3,74%	+3 385,69%	- 3 993 681,69	-14,45%	+ 47,79%
Passivo	108 326 306,60	100%	+69,58%	51 672 075,79	100%	+13,44%
Passivo não Corrente	3 821 546,24	3,53%	+2,69%	13 368 220,81	25,87%	-20,40%
Provisões	3 821 546,24	3,53%	+2,69%	-	-	-
Financiamentos Obtidos	-	-	-	13 368 220,81	25,87%	- 20,40%
Outras Contas a Pagar	-	-	-	0,00	0,00%	- 100%
Passivo Corrente	104 504 760,40	96,47%	+70,34%	38 303 854,98	74,13%	+61,24%
Fornecedores	20 361 848,49	18,80%	- 36,73%	7 733 677,62	14,97%	+40,00%
Adiantamento de Clientes	42 035 150,98	38,80%	-85,57%	-	-	-
Estado e outros entes públicos	5 978 005,85	5,52%	+4,52%	202 964,91	0,39%	+17,78%
Acionistas / Sócios	-	-	-	10 000 000,00	19,35%	-
Financiamentos Obtidos	-	-	-	16 110 588,62	31,18%	+ 16,29%
Outras Contas a Pagar	20 747 002,57	19,15%	- 7,08%	4 256 623,83	8,24%	+1,22%
Diferimentos	15 382 752,49	14,20%	+1 723,73%	-	-	-

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Finda a análise do Balanço podemos certificar que, durante os dois anos em estudo, segundo o Balanço Funcional apresentado de seguida, o CHSJ apresenta um índice de Tesouraria Líquida positiva, o que indica que o Fundo de Maneio se apresenta suficiente para cobrir as Necessidades do Fundo de Maneio. O motivo pelo qual o Fundo de Maneio se encontra positivo deve-se ao facto das Necessidades Cíclicas serem superiores aos Recursos Cíclicos. Acontece exatamente o inverso quando analisados os dados médios disponibilizados pelo Banco de Portugal referentes a hospitais que operam com o mesmo CAE e quando analisados os dados do HCP, ou seja, a Tesouraria Líquida apresenta valores negativos, já que o Fundo de Maneio foi insuficiente para cobrir as Necessidades do Fundo de Maneio.

Tabela 16 - Balanço Funcional (Valores em €)

	2013			2014	
	CH de São João	Hospital CUF Porto	Média do Agregado	CH de São João	Hospital CUF Porto
Capital Próprio	138 040 518,20	- 23 647 938,69	-	121 059 451,27	- 27 641 620,69
Passivo não Corrente	3 721 488,04	21 795 247,00	-	3 821 546,24	13 368 220,81
Capitais Permanentes	141 762 006,24	- 1 852 691,69	-	124 880 997,40	- 14 273 399,88
Ativo não Corrente	80 818 200,58	10 189 782,78	-	76 530 089,68	8 785 486,48
Fundo de Maneio	60 943 805,66	-12 042 474,47	- 336 966,00	48 350 907,72	- 23 058 886,36
Inventários	8 188 063,04	870 214,99	-	8 280 806,39	992 282,95
Clientes	58 936 394,94	9 313 560,34	-	54 774 475,45	12 220 256,97
Adiantamento a Fornecedores	378 087,10	-	-	461 932,44	-
EOEP	185 231,86	5,00	-	35 255,96	5,00
Outras Contas a Receber	332 200 018,26	892 115,72	-	79 854 869,50	981 924,06
Diferimentos	1 384 391,09	0,00	-	1 277 899,47	466 519,62
Necessidades Cíclicas	401 272 186,29	11 075 896,05	1 625 187,00	144 685 239,20	14 660 988,60
Fornecedores	32 182 042,46	5 524 355,87	-	20 361 848,49	7 733 677,62
Adiantamento de Clientes	291 294 278,67	-	-	42 035 150,98	-
EOEP	5 719 530,29	172 325,88	-	5 978 005,85	202 964,91
Outras Contas a Pagar	22 328 899,43	4 205 485,42	-	20 747 002,57	4 256 623,83
Acionistas / Sócios	-	-	-	-	10 000 000,00
Diferimentos	843 479,00	-	-	15 382 752,49	-
Recursos Cíclicos	352 368 229,85	9 902 167,17	1 358 863,00	104 504 760,40	22 193 266,36
Necessidades de Fundo de Maneio	48 903 956,44	1 173 728,88	266 325,00	40 180 478,80	2 467 722,24
Tesouraria Líquida	12 039 849,22	- 13 216 203,35	- 603 290,00	8 168 429,03	- 12 784 240,79

Fonte: Elaboração Própria, 2015

3.1.2 Análise da Demonstração de Resultados por Naturezas

Da Demonstração de Resultados, apresentada abaixo, ressalta a informação de que, no ano de 2013, o CHSJ apresentou resultados positivos na ordem dos 130 000€, por sua vez o HCP apresentou resultados negativos na ordem dos 7 700 000€. Ambos os hospitais apresentam, neste ano, resultados inferiores à Média do Agregado. Já no ano de 2014, quer o CHSJ quer o HCP elevaram os seus resultados. O CHSJ atingiu um aumento de cerca de 3 400% obtendo um RLP de 4 526 371,58€, o HCP teve um aumento menos significativo, na ordem dos 50%, atingindo um RLP de – 3 993 681,69€.

Tabela 17 - Demonstração de Resultados (Valores em €)

	CH São João			Hospital CUF Porto		
	2013	2014	Evolução	2013	2014	Evolução
Vendas e Serviços Prestados	294 182 921,39	302 015 377,65	+2,66%	41 666 585,71	48 117 801,02	+15,48%
Subsídios à Exploração	13 882,51	14 254,96	+2,68%	-	-	-
Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas	112 828 002,54	115 022 660,32	+1,95%	6 842 354,81	8 132 644,00	+18,86%
Fornecimentos e Serviços Externos	40 119 091,12	38 607 870,37	-3,77%	31 529 203,05	33 889 436,90	+7,49%
Gastos com o Pessoal	157 036 960,64	158 462 221,58	+0,91%	7 636 803,32	7 783 405,57	+1,92%
Imparidade de Dívidas a Receber (Perdas / Reversões)	-	-	-	379 640,00	49 037,97	-87,08%
Provisões (Aumentos / Reduções)	586 016,50	5 757 477,31	+882,47%	-	-	-
Outros Rendimentos e Ganhos	27 424 138,23	30 648 251,61	+11,76%	1 344 378,23	1 792 450,68	+33,33%
Outros Gastos e Perdas	1 548 060,91	1 590 593,49	+2,75%	480 058,85	373 446,40	-22,21%
Resultados antes de Depreciações, Gastos de Financiamento e Impostos	9 502 810,44	13 237 061,20	+39,30%	- 3 683 019,93	- 317 719,14	+91,37%
Gastos / Reversões de Depreciação e de Amortização	9 360 292,27	8 660 167,94	-7,48%	2 612 731,83	2 526 961,25	-3,28%
Resultado Operacional (antes de Gastos de Financiamento e Impostos)	142 518,15	4 576 893,26	+3 111,45%	- 6 295 751,76	-2 844 680,39	+54,81%
Juros e Rendimentos Similares Obtidos	-	-	-	1 783,25	9 312,44	+422,27%
Juros e Gastos Similares Suportados	-	-	-	1 345 662,73	1 145 618,74	-14,87%
Resultados antes de Impostos	142 518,15	4 576 893,26	+3 111,45%	- 7 639 631,24	-3 980 986,69	+47,89%
Imposto sobre o Rendimento do Período	12 662,61	50 521,63	+298,98%	9 117,75	12 695,00	+39,23%
Resultado Líquido do Período	129 855,54	4 526 371,58	+3 385,70%	- 7 648 748,99	-3 993 681,69	+47,79%

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Tabela 18 - Média de Resultados do Agregado (2013)

Média do Agregado	
Resultados antes de Depreciações, Gastos de Financiamento e Impostos	874 338,00
Resultado Operacional (antes de Gastos de Financiamento e Impostos)	431 764,00
Resultado Antes de Impostos	285 014,00
Resultado Líquido do Período	202 041,00

Fonte: Elaboração Própria, 2015

A análise dos resultados releva que para a formação do RLP do CHSJ, nos dois anos, contribuíram quase na totalidade as Vendas e as Prestações de Serviços efetuadas. No que respeita aos gastos, as rubricas que mais contribuíram para a constituição do RLP foram, os

Gastos com Pessoal, que representam quase 50% e, o Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas (CMVMC), com um peso de aproximadamente 35%.

Tabela 19 - Análise dos Resultados do CHSJ (Valores em €)

CH São João				
RENDIMENTOS	2013		2014	
	Valor	Peso	Valor	Peso
Vendas e Prestação de Serviços	294 182 921,39	91,47%	302 015 377,65	90,78%
Subsídios à Exploração	13 882,51	0,01%	14 254,96	0,01%
Outros Rendimentos e Ganhos	27 424 138,23	8,52%	30 648 251,61	9,21%
Total dos Rendimentos	321 620 942,13	100%	332 677 884,22	100%
GASTOS	Valor	Peso	Valor	Peso
CMVMC	112 828 002,54	35,10%	115 022 660,32	35,05%
Fornecimentos e Serviços Externos	40 119 091,12	12,48%	38 607 870,37	11,77%
Gastos com o Pessoal	157 036 960,54	48,85%	158 462 221,58	48,29%
Provisões	586 016,50	0,18%	5 757 477,31	1,75%
Outros Gastos e Perdas	1 548 060,91	0,48%	1 590 593,49	0,49%
Gastos / Reversões de Depr. e de Amort.	9 360 292,27	2,90%	8 660 167,94	2,64%
Imposto sobre o Rendimento do Período	12 662,61	0,01%	50 521,63	0,01%
Total de Gastos	321 491 086,49	100%	328 151 512,64	100%
Resultado Líquido do Período	129 855,54		4 526 371,58	

Fonte: Elaboração Própria, 2015

No que ao HCP diz respeito, após a análise da tabela abaixo, podemos verificar que a formação dos rendimentos em nada difere do CHSJ já que quase 100% provêm das Vendas e Prestação de Serviços prestados. No que respeita aos gastos, resultam em cerca de 63% de Fornecimentos e Serviços Externos Prestados (FSE) à entidade, seguindo-se os Gastos com Pessoal e o CMVMC, ambos com um peso aproximado de 15%.

Tabela 20 - Análise Resultados HCP (Valores em €)

Hospital CUF Porto				
RENDIMENTOS	2013		2014	
	Valor	Peso	Valor	Peso
Vendas e Prestação de Serviços	41 666 585,71	96,87%	48 117 801,02	96,38%
Outros Rendimentos e Ganhos	1 344 378,23	3,12%	1 792 450,68	3,60%
Juros e Rendimentos Similares Obtidos	1 782,25	0,01%	9 312,44	0,02%
Total dos Rendimentos	43 012 746,19	100%	49 919 564,14	100%
GASTOS	Valor	Peso	Valor	Peso
CMVMC	6 842 354,81	13,51%	8 132 644,00	15,08%
Fornecimentos e Serviços Externos	31 529 203,05	62,64%	33 889 436,90	62,86%

GASTOS (continuação)				
Gastos com o Pessoal	7 636 803,32	15,07%	7 783 405,57	14,44%
Imparidade de Dívidas a Receber	205 563,84	0,41%	49 037,97	0,10%
Outros Gastos e Perdas	480 058,85	0,95%	373 446,40	0,69%
Gastos / Reversões de Depr. e de Amort.	2 612 731,83	5,16%	2 526 961,25	4,69%
Juros e Gastos Similares Suportados	1 345 662,73	2,65%	1 145 618,74	2,12%
Imposto sobre o Rendimento do Período	9 117,75	0,01%	12 695,00	0,02%
Total de Gastos	50 661 496,18	100%	53 913 245,83	100%
Resultado Líquido do Período	- 7 648 748,99		- 3 993 681,69	

Fonte: Elaboração Própria, 2015

3.1.3 Análise de Rácios

Silva (2013, p.169) defende que: “para exprimir as diferentes dimensões da situação económico-financeira da empresa, recorre-se à elaboração de rácios”. Assim, com vista à comparação dos resultados económico – financeiros entre os dois hospitais serão calculados os rácios que permitam analisar a liquidez, a estrutura financeira, a rentabilidade, e a atividade. Os valores serão, tal como já referido, comparados com a média do agregado de organizações hospitalares a operar com o mesmo CAE em Portugal, para o ano de 2013, e entre si nos dois anos.

3.1.3.1 Rácios de Liquidez

Os rácios de liquidez indicam, segundo Jagels e Colman (2004) e Silva (2013), a capacidade da empresa em cumprir as suas obrigações de pagamento a curto prazo, é possível analisar em que medida a empresa está em condições de cumprir as obrigações de natureza financeira que se apresentam a curto prazo, como é o caso de matérias – primas, salários, energia, entre outros.

Para além do Rácio de Liquidez Geral, é possível ainda calcular o Rácio de Liquidez Reduzida e Rácio de Liquidez Imediata como complemento.

A liquidez geral expressa a capacidade de pagar o passivo de curto prazo com o ativo de curto prazo. Segundo Leal (2013, p.27):

“quando o seu valor é superior a um é, frequentemente, assumido que a empresa possui uma boa situação financeira no curto-prazo. Contudo é necessário ter em atenção o ciclo de exploração da empresa e os tempos médios de pagamento e recebimento.”

A liquidez reduzida surge com a consideração de que nem todos os ativos correntes são transformados em disponibilidades (Leal,2013), assim, indica a capacidade da empresa honrar os compromissos de curto prazo mas em função das disponibilidades e créditos sobre terceiros. A sua leitura é feita da mesma forma que o indicador de liquidez geral.

A liquidez imediata indica a capacidade da empresa em cumprir com os compromissos de curto prazo, tendo em conta depósitos bancários, caixa e títulos negociáveis. Quanto maior o seu valor, maior a capacidade da empresa. No entanto, segundo Leal (2013) o seu valor tende para zero já que as empresas possuem normalmente uma tesouraria baixa ou nula.

Tabela 21 - Rácios de Liquidez

	Liquidez				
	CH São João		CUF Porto		Média do Agregado (2013)
	2013	2014	2013	2014	
Geral	1,11	1,42	0,49	0,40	0,56
Reduzida	1,09	1,34	0,46	0,37	0,65
Imediata	0,03	0,08	0,03	0,02	0,07

Fonte: Elaboração Própria, 2015

A Média do Agregado demonstra que, de uma forma geral, o setor, durante o ano de 2013, teve alguma dificuldade no cumprimento dos compromissos de curto prazo, estando o HCP dentro do mesmo registo nos anos em estudo. No entanto, o CHSJ apresenta rácios de Liquidez Geral e Reduzida, superiores a um, quer em 2013, quer em 2014, pelo que é possível assumir que o CHSJ se encontra com uma boa situação financeira no curto – prazo.

3.1.3.2 Rácios de Estrutura Financeira

a) Autonomia Financeira e Endividamento

O rácio de autonomia financeira determina, segundo Almeida (2012, p.69): “a (in)dependência da empresa face a capitais alheios, dando apoio na análise do risco sobre a estrutura financeira da empresa.” Quanto mais próximos de 1 forem os valores, menos dependente a empresa se encontra de capitais alheios. Nabais (1997) citado por Almeida (2012, p.69) refere que a maioria dos analistas considera aceitável situações em que a Autonomia Financeira seja maior ou igual a 0,35, ou seja, que o Ativo Líquido seja financiado, pelo menos, por 35% do Capital Próprio.

Tabela 22 - Autonomia Financeira e Endividamento

Autonomia Financeira				
CH São João		Hospital CUF Porto		Média do Agregado
2013	2014	2013	2014	2013
27,94%	52,78%	- 107,96%	- 115,03%	22,26%
Endividamento				
72,06%	47,22%	207,96%	215,03%	77,74%

Fonte: Elaboração Própria, 2015

A Média do Agregado deste setor apresenta um Grau de Autonomia Financeira inferior a 35%, no entanto, o valor é próximo, pelo que o Ativo Líquido do setor é financiado pelo seu Capital Próprio em cerca de 22%, o que indica que se financia com Capitais Alheios em cerca de 78%, o CHSJ apresenta-se acima da média do setor, tendo o seu Ativo Líquido sido financiado em 2013 em cerca de 28% do seu Capital Próprio e em 72% por Capitais Alheios. Tendo melhorado significativamente a sua posição no ano de 2014 ao garantir um financiamento nos seus Capitais Próprios em cerca de 53%, reduzindo assim em quase 30% o seu grau de dependência face a Capitais Alheios. Por sua vez o Hospital CUF Porto, mostra um Grau de Autonomia Financeira que apresenta uma forte dependência face a Capitais Alheios, neste caso concreto, nos dois anos em estudo houve um agravamento da situação.

b) Solvabilidade Geral

Segundo Leal (2013) o indicador de solvabilidade, permite avaliar a capacidade da empresa face aos seus compromissos assumidos a médio e longo prazo. Expressa a autonomia da empresa face aos credores. Acrescenta a mesma autora que, um valor abaixo de 50% demonstra uma fragilidade por parte da empresa e grande dependência dos credores.

Tabela 23 - Solvabilidade Geral

Solvabilidade Geral				
CH São João		Hospital CUF Porto		Média do Agregado (2013)
2013	2014	2013	2014	
38,77%	111,76%	- 51,91%	- 53,49%	28,63%

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Tal como se esperava as considerações vão ao encontro das já retiradas da análise do Grau de Autonomia Financeira, o CHSJ encontra-se acima da média, mas mesmo assim abaixo dos valores considerados por Leal (2013) no que respeita ao ano de 2013, o que indica fragilidade e dependência dos credores. Neste ano também o setor em geral se encontra nesta

situação, tal como se pode perceber pela Média do Agregado e pelos valores dos rácios do HCP que se afasta da média de uma forma negativa. Já em 2014 o CHSJ conseguiu uma melhoria significativa neste indicador, conseguindo um Grau de Solvabilidade acima de 100%. Relativamente ao HCP, neste ano, manteve os valores negativos já verificados em 2013.

3.1.3.3 Rácios de Rendibilidade

a) Rendibilidade Financeira⁵²

Pretende medir a rendibilidade dos capitais investidos, ou seja, “mede a eficácia com que as empresas utilizam os capitais pertencentes aos sócios ou acionistas e o valor obtido representa o equivalente à taxa mínima de remuneração obtida pelo Capital Próprio aplicado” (Almeida, 2012, p. 106). Acrescenta ainda Silva (2013, p.171) que estes rácios: “revelam aspetos da situação económica e relacionam resultados com a atividade que os gera, ou resultados com os capitais investidos e que tornam possível a atividade”. Nabais e Nabais (2010), referem que a empresa será tanto mais atrativa quanto maior o valor deste rácio.

Tabela 24 - Rendibilidade Financeira

Rendibilidade Financeira				
CH São João		Hospital CUF Porto		Média do Agregado (2013)
2013	2014	2013	2014	
0,09%	0,04%	32,34%	14,45%	10,95%

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Os investidores/acionistas, vêm no HCP, um bom investimento já que a rentabilidade do seu Capital Próprio, cerca de 32% em 2013, é muito superior à Média que ocorre no setor, de 11%. Embora tenha havido uma redução de mais de metade dessa Rendibilidade por parte do HCP continua a ser atrativo para os seus investidores. Por sua vez, o CHSJ apresenta uma Rentabilidade quase nula, o que se justifica, sobretudo, pelo saldo nulo da rubrica Outras Variações no Capital Próprio.

⁵² Este indicador é também designado: *Return on Equity* (ROE) ou Rendibilidade dos Capitais Próprios.

b) Rendibilidade Económica⁵³

Mede a capacidade da empresa em gerar lucro, permitindo, segundo Leal (2012), avaliar o desempenho dos capitais totais investidos na empresa, independentemente da sua origem.

Tabela 25 - Rendibilidade Económica

Rendibilidade Económica				
CH São João		Hospital CUF Porto		Média do Agregado (2013)
2013	2014	2013	2014	
0,03%	1,97%	-34,92%	- 16,62%	10,55%

Fonte: Elaboração Própria, 2015

A Média do Agregado do Setor apresenta um desempenho de cerca de 11%, isto significa que o setor, em média, consegue rentabilizar em 11% os montantes investidos na empresa, qualquer que seja a sua natureza. Em 2013, os dois hospitais em estudo apresentam valores abaixo da média. O CHSJ apresenta uma baixa rentabilidade, no entanto positiva de 0,03%, por sua vez o HCP possui uma rentabilidade nula, cerca de - 35%, o que indica que não está a conseguir rentabilizar o investimento. Em 2014, a situação tem sido de melhoria embora os valores ainda se apresentem baixos, o CHSJ conseguiu uma Rentabilidade Económica próxima dos 2% e o HCP, ainda assim com uma rentabilidade negativa conseguiu um aumento significativo atingindo os -15%.

c) Rendibilidade das Vendas e dos Serviços Prestados⁵⁴

Permite medir a eficácia global da gestão em gerar vendas e controlar as despesas, ou seja, mede quanto é que cada unidade vendida é transformada em lucro (Silva, 2013).

Tabela 26 - Rendibilidade das Vendas e dos Serviços Prestados

Rendibilidade das Vendas e dos Serviços Prestados				
CH São João		Hospital CUF Porto		Média do Agregado (2013)
2013	2014	2013	2014	
0,04%	1,50%	- 18,36%	- 8,30%	10,53%

Fonte: Elaboração Própria, 2015

⁵³ Este indicador é também designado: *Return on Investment* (ROE) ou Rendibilidade dos Capitais Totais ou Rendibilidade do Ativo.

⁵⁴ Este indicador é também designado: *Return on Sales* (ROS).

No que respeita ao ano de 2013, pela análise da Média do Agregado é possível constatar que, em média, as empresas a operar neste setor conseguem rentabilizar as vendas em cerca de 11%. O CHSJ e o HCP apresentam valores distantes desta média. O CHSJ consegue rentabilizar as vendas em 0,04%, valor muito próximo de uma rentabilidade nula. Por sua vez, o HCP, não consegue rentabilizar as vendas, possuindo um valor abaixo de 0 de cerca de - 18%, o que representa prejuízo por unidade vendida ou serviço prestado. Em 2014, embora ambos os hospitais tivessem conseguido aumentar o valor deste rácio, encontram-se na mesma linha com o já referido anteriormente para o ano de 2013.

3.1.3.4 Rácios de Atividade

a) Prazo Médio de Pagamentos (PMP)

Determina em média o número de dias que a empresa demora a pagar aos seus fornecedores Silva (2013). Segundo Neves (2006) um valor muito elevado pode significar dificuldade da entidade em satisfazer as suas obrigações.

Tabela 27- Prazo Médio de Pagamentos

Prazo Médio de Pagamentos (dias)				
CH São João		Hospital CUF Porto		Média do Agregado (2013)
2013	2014	2013	2014	
104	65	295	347	71

Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito ao ano de 2013, em média o agregado consegue solver com as suas obrigações em pouco mais que dois meses. O mesmo não acontece com o HCP que necessita em média de tempo próximo a um ano. Por sua vez o CHSJ, em média, necessita de pouco mais que três meses para fazer face às suas obrigações.

Já em 2014, o CHSJ melhorou de forma significativa o PMP reduzindo-o em cerca de um mês. O HCP piorou neste rácio, mantendo o PMP próximo de um ano.

b) Prazo Médio de Recebimentos (PMR)

Indica o período médio, em dias, que decorre entre o momento das vendas e/ou serviços prestados e o dos recebimentos (Silva, 2013). Segundo Correia (2014)⁵⁵: “Quanto mais baixo o rácio, menor o prazo que, em média, os clientes demoram a saldar as suas dívidas”

Tabela 28 - Prazo Médio de Recebimentos

Prazo Médio de Recebimentos (dias)				
CH São João		Hospital CUF Porto		Média do Agregado (2013)
2013	2014	2013	2014	
73	66	82	93	55

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Em 2013, podemos verificar que o CHSJ apresenta um PMR próximo da média do agregado, e que o HCP se afasta ligeiramente. Em média, neste ano, o setor precisa de quase dois meses para reaver o valor de serviço prestado ou venda efetuada. Por sua vez, o CHSJ necessita de um pouco mais de dois meses e o HCP de quase três meses.

Em 2014, o PMR do CHSJ melhorou em cerca de uma semana, o que indica que o CHSJ consegue reaver os valores em dívida com uma semana de antecedência comparando com 2013. Por sua vez, o PMR do HCP piorou em cerca de duas semanas, isto é, o HCP demora, quando comparado com 2013, mais duas semanas a receber montantes em dívida.

3.2 Inquérito por questionário

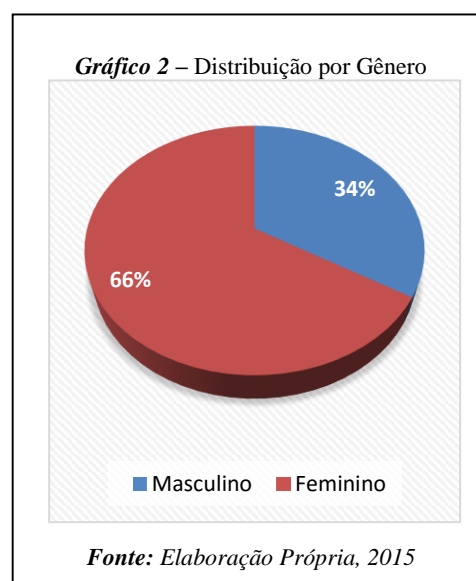
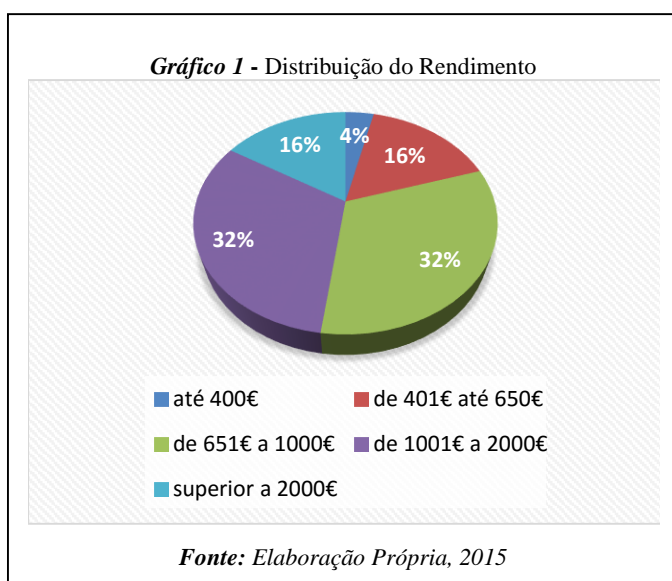
Tendo em conta toda a base teórica anteriormente exposta, apresentamos de seguida os resultados do inquérito por questionário realizado entre 26 de abril de 2015 e 08 de junho de 2015. Foi tida em conta, preferencialmente, a população do Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto (ISCAP), incluindo alunos, funcionários e professores tendo sido enviados cerca de 200 e-mails, não obstante, o inquérito por questionário foi também disponibilizado online em diversas redes sociais no período compreendido entre 26 de abril e 8 de junho de 2015.

⁵⁵ Disponível em: <http://rpc.informador.pt/artigos/E199.0106/Qual-o-desempenho-economico-financeiro-da-minha-empresa> consultado a 2015/08/24.

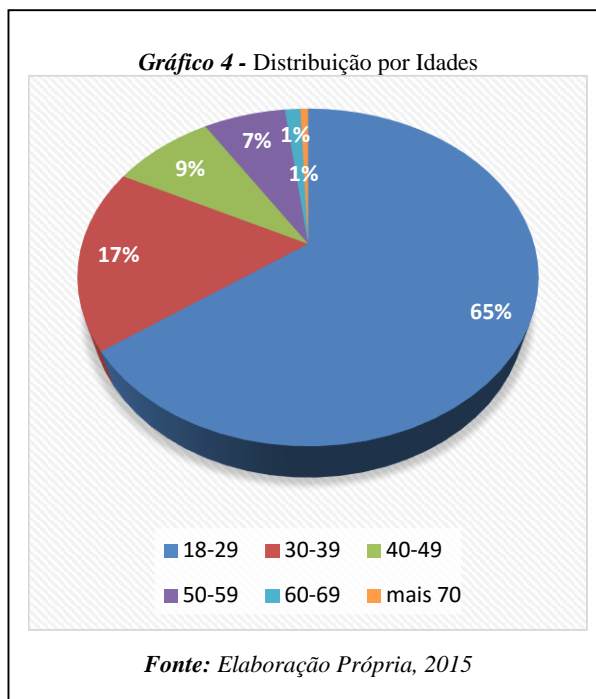
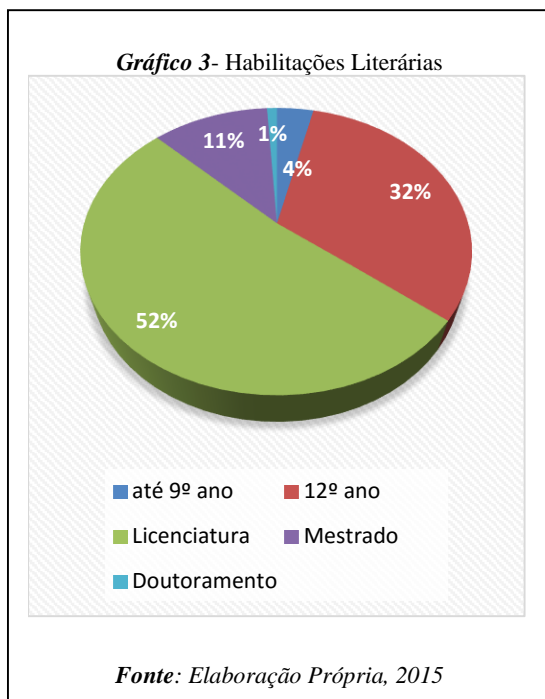
O inquérito por questionário divide-se em duas partes⁵⁶. Na primeira parte é feita uma pequena introdução ao seu objetivo, segue-se a obtenção de dados que permitem identificar os inquiridos. Na segunda parte encontramos o inquérito propriamente dito, os inquiridos responderam a questões que visam conhecer a posse ou não de seguros ou subsistemas de saúde, de seguida foram inquiridos sobre a procura, quais serviços procuram com mais frequência e como caracterizam os custos, em cada setor. Por fim, foram chamados a identificar quais os aspetos determinantes da escolha.

3.2.1 Frequências Relativas

Os gráficos abaixo apresentam as frequências relativas de todas as questões do inquérito, é apresentado o número de vezes que cada elemento da variável se repete face ao total das observações.



⁵⁶ Cf. Anexo 4 – Inquérito por Questionário.



Pela análise dos gráficos 1 a 4, podemos assinalar o nível de instrução que se verifica com mais frequência: Licenciatura, seguindo-se o 12º ano. As respostas foram obtidas junto de 66% de pessoas do sexo feminino e 34% do sexo masculino, com idades compreendidas maioritariamente entre os 18 e 49 anos. No que respeita aos rendimentos dos inquiridos compreendem-se principalmente entre os 400€ e os 2000€.

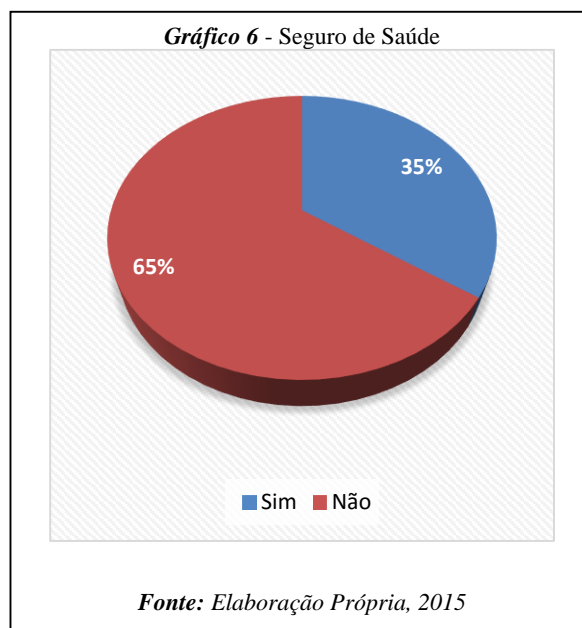
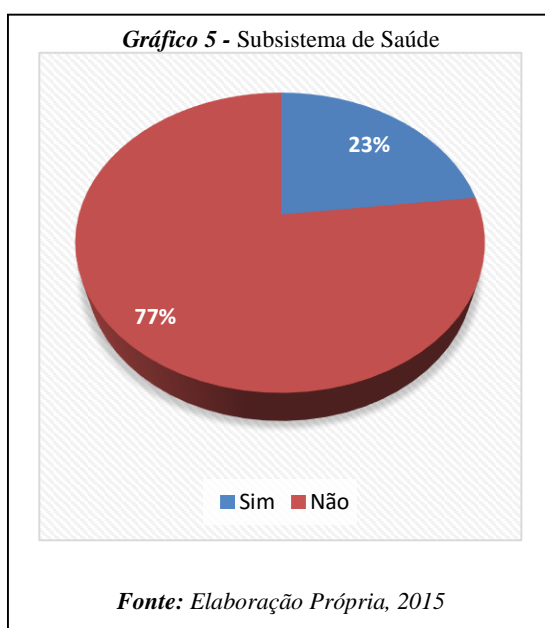
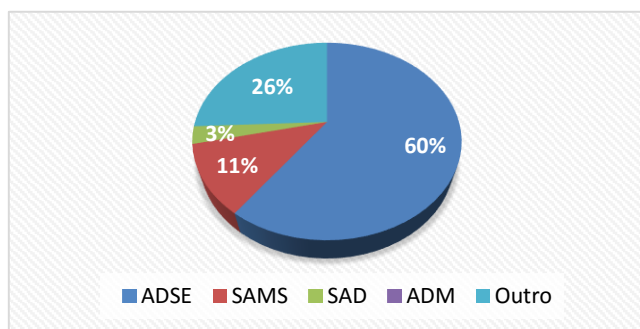


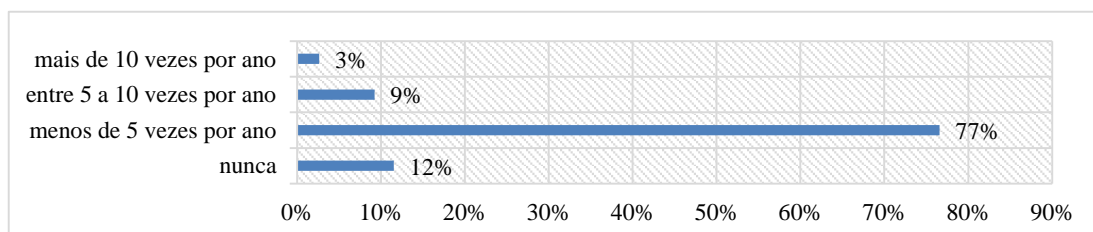
Gráfico 7 – Caracterização de Subsistemas



Fonte: Elaboração Própria, 2015

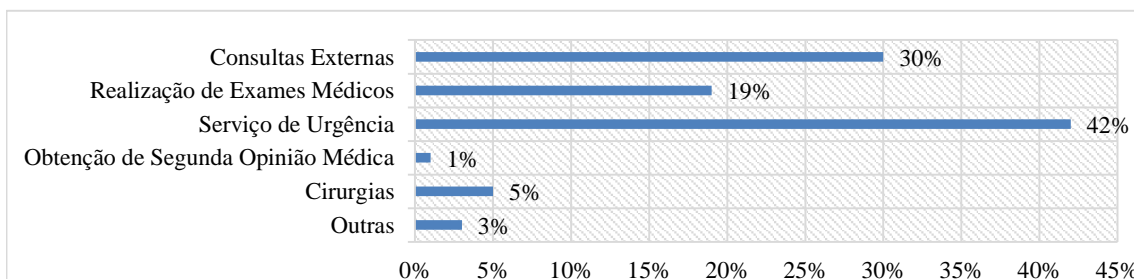
Ao observar os gráficos 5, 6 e 7, podemos constatar que a posse de seguro ou subsistema de saúde se encontra em minoria. Apenas 35% dos inquiridos dispõe de um seguro de saúde, e 25% de um subsistema dos quais 60% utilizam a ADSE.

Gráfico 8 – Assiduidade no Setor Público



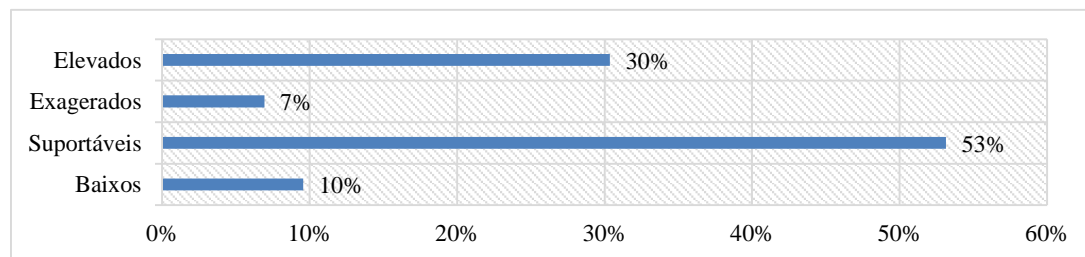
Fonte: Elaboração Própria, 2015

Gráfico 9 - Procura no Setor Público



Fonte: Elaboração Própria, 2015

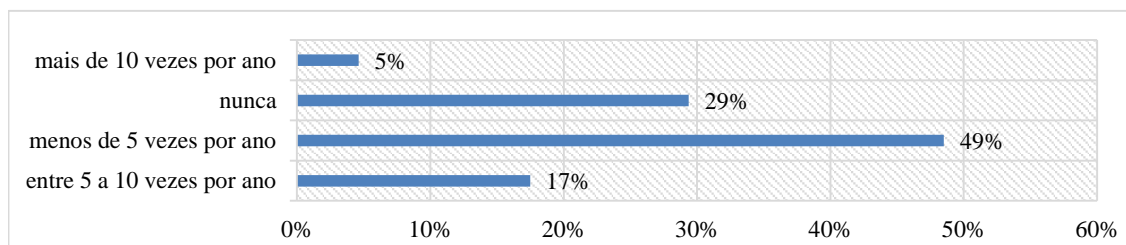
Gráfico 10 - Custos no Setor Público



Fonte: Elaboração Própria, 2015

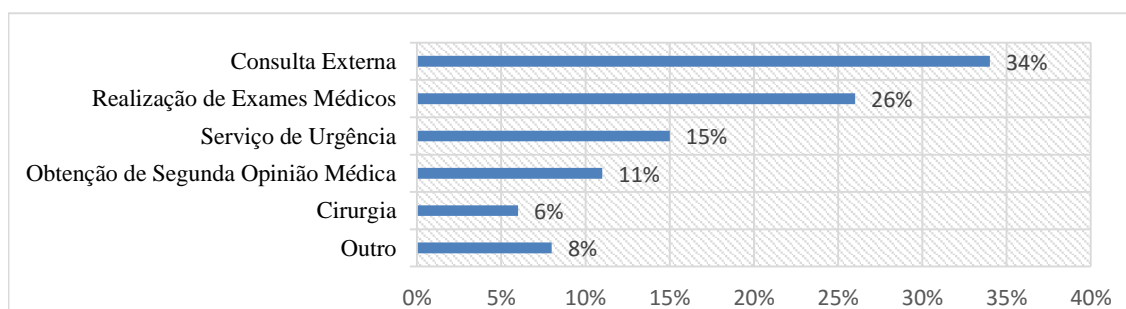
Pode concluir-se que, no que respeita ao setor público, 77% dos inquiridos recorre a serviços de saúde público menos de 5 vezes por ano e procura essencialmente o Serviço de Urgência e Consultas Externas. Os inquiridos (53%) consideram ainda que os custos deste setor são suportáveis, no entanto, existem 30% que os consideram elevados.

Gráfico 11- Assiduidade no Setor Privado



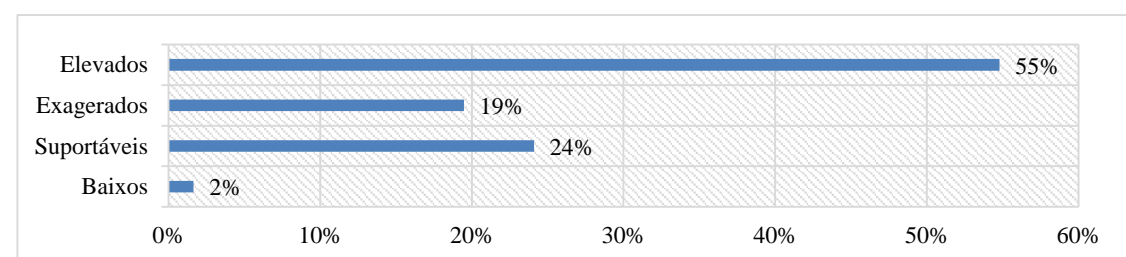
Fonte: Elaboração Própria, 2015

Gráfico 12 - Procura no Setor Privado



Fonte: Elaboração Própria, 2015

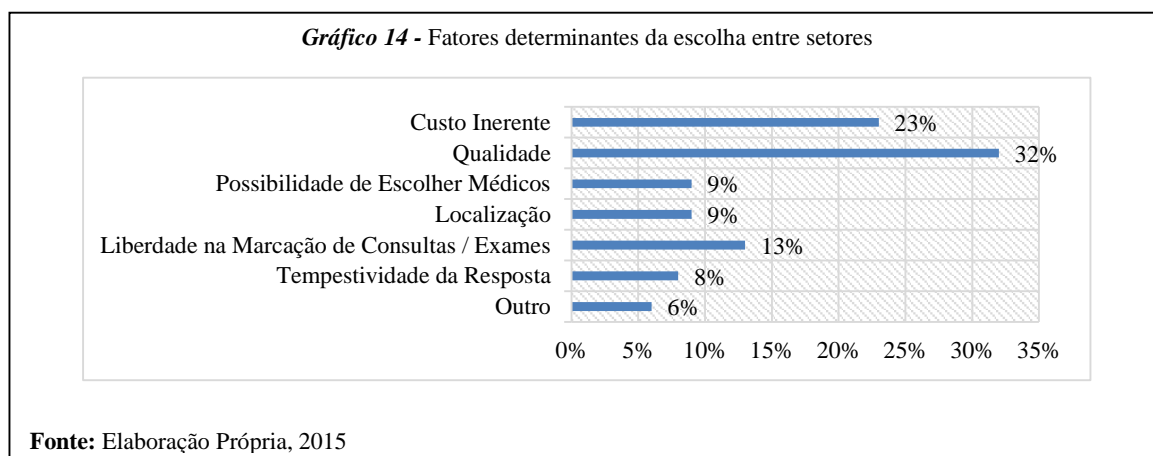
Gráfico 13 - Custos do Setor Privado



Fonte: Elaboração Própria, 2015

Os inquiridos procuram o setor privado menos de 5 vezes por ano, e fazem-no principalmente para obtenção de Consultas Externas e Realização de Exames médicos. Os

custos deste setor são considerados elevados (55%), no entanto, cerca de 26% dos inquiridos (24%) considera os custos suportáveis ou baixos.



Tal como se pode observar, no momento de escolher entre o setor público e o privado os inquiridos apostam principalmente na qualidade (32%) e no custo inerente (23%).

3.2.2 Medidas Descritivas

Uma vez que todas as variáveis das respostas ao inquérito são nominais, os dados inseridos na ferramenta SPSS®, tiveram que ser convertidos em numéricos, tal como apresenta a tabela abaixo:

Tabela 29 - Variáveis SPSS

Respostas	Dados Inseridos	Respostas	Dados Inseridos	Respostas	Dados Inseridos	Respostas	Dados Inseridos
Género		Habilitações Literárias		Posse de Subsistema		Custos Inerentes	
Masculino	1	Até 9º ano	1	Sim	1	Baixos	1
Feminino	2	12º ano	2	Não	2	Suportáveis	2
Idade (anos)		Licenciatura	3	Procura Público / Privado		Elevados	3
Entre 18 a 29	1	Mestrado	4	Nunca	1	Exagerados	4
Entre 30 a 39	2	Doutoramento	5	Menos de 5 vezes por ano	2	Rendimento Médio	
Entre 40 a 49	3	Posse de Seguro de Saúde		Entre 5 a 10 vezes por ano	3	Até 400€	1
Entre 50 a 59	4	Sim	1	Mais de 10 vezes por ano	4	De 401€ a 650€	2
Entre 60 a 69	5	Não	2			De 651€ a 1000€	3
Mais de 70	6					De 1001€ a 2000€	4
						Superior a 2001€	5

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Com vista à sua análise, foram estudadas as medidas de posição (Média; Mediana e Moda), as medidas de variabilidade (Desvio Padrão e Variância) bem como as medidas de assimetria e curtose e os respetivos erros. As tabelas que se seguem foram divididas em duas para permitir uma maior facilidade de leitura e organização no presente trabalho.

Tabela 30 - Medidas Descritivas

		Género	Idade	Rendimento do Agregado Familiar	Habilitações Literárias	Seguro de Saúde
N	Válido	303	303	303	303	303
	Ausente	0	0	0	0	0
Média		1,66	1,64	3,40	2,74	1,65
Mediana		2,00	1,00	3,00	3,00	2,00
Moda		2	1	3	3	2
Desvio Padrão		,473	1,054	1,056	,746	,477
Variância		,224	1,112	1,115	,556	,227
Assimetria		-,695	1,733	-,217	,071	-,648
Erro de assimetria padrão		,140	,140	,140	,140	,140
Curtose		-1,527	2,451	-,604	,215	-1,590
Erro de Curtose padrão		,279	,279	,279	,279	,279
Mínimo		1	1	1	1	1
Máximo		2	6	5	5	2

Fonte: Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics v22

Tabela 31 - Medidas Descritivas (continuação)

		Subsistema de Saúde	Procura Público	Custos Setor Público	Procura Privado	Custos Setor Público
N	Válido	303	303	303	303	303
	Ausente	0	0	0	0	0
Média		1,77	2,03	2,35	1,97	2,91
Mediana		2,00	2,00	2,00	2,00	3,00
Moda		2	2	2	2	3
Desvio Padrão		,422	,560	,747	,809	,714
Variância		,178	,314	,558	,655	,509
Assimetria		-1,283	,921	,344	,577	-,204
Erro de assimetria padrão		,140	,140	,140	,140	,140
Curtose		-,357	3,311	-,089	-,078	-,248
Erro de Curtose padrão		,279	,279	,279	,279	,279

	Subsistema de Saúde (continuação)	Procura Pública (continuação)	Custos Setor Público (continuação)	Procura Privado (continuação)	Custos Setor Público (continuação)
Mínimo	1	1	1	1	1
Máximo	2	4	4	4	4

Fonte: Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics v22

Serão assim analisados os dados que mais se destacarem (apresentados a cinzento), quer pela sua diferença em relação aos demais, quer pela especificidade que podem trazer na análise às hipóteses a realizar no próximo capítulo.

Observemos a média inerente ao Rendimento do Agregado Familiar: 3.4, indica um valor intermédio entre o 3 e o 4 (dados inseridos conforme a tabela 29) pelo que se pode concluir que a média dos rendimentos das pessoas inquiridas se encontra entre: “de 651€ a 1000€” e “de 1001€ a 2000€”, a moda indica que o valor mais frequentemente verificado é o 3 pelo que a maioria dos inquiridos apresenta um rendimento entre 651€ e 1000€. O valor para o cálculo da idade média aproxima-se de 2, o que indica que esta se situa entre os 18 e os 39 anos. Apresentando maior incidência nos indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos, valor justificado pela moda. Relativamente às Habilitações Literárias é conclusivo que, o grau académico que se verifica com uma maior incidência é a Licenciatura.

O desvio padrão será menor tanto quanto menor for a dispersão em relação à média. Assim, é facilmente perceptível que a posse de um seguro de saúde, de um subsistema de saúde, bem como a procura no setor público se encontram pouco dispersos em relação à média, o que indica a consonância de opiniões nesta matéria, o que difere por exemplo do rendimento do agregado familiar que, naturalmente apresentam valores mais dispersos da média.

No caso concreto, podemos concluir que nenhum dos dados apresenta uma distribuição normal, e que todas as questões se apresentam platicúrticas (função de distribuição mais achatada que a normal), à exceção da questão referente à idade e à procura do no setor público, que são leptocúrticas (distribuição com cauda acentuada).

3.2.3 Análise Fatorial

Numa primeira fase, foi testada a consistência interna do inquérito usando-se o *alpha* de Cronbach, tendo-se obtido um valor de 0,39, que demonstra que o inquérito apresenta uma fraca consistência interna de acordo com Pestana e Gageiro (2008, p. 528). Sendo assim

optou-se por seguir o estudo através da Análise Fatorial, tal como se vai apresentar de seguida.

Segundo Pestana e Gageiro (2008, p.489):

“A análise fatorial é um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever”.

Tabela 32 - Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,674
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	212,351
	Df	21
	Sig.	,000

Fonte: Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics v22

O teste (Kraiser-Meyer-Olkin) KMO e o teste Bartlett indicam o grau de ajuste dos dados à análise fatorial.

O KMO varia entre 0 e 1 e compara as correlações de ordem zero com as correlações parciais observadas entre as variáveis. No caso em concreto podemos concluir que o teste de KMO mostra que há uma correlação razoável entre as variáveis, apresentando um valor próximo de 0,7.

O teste de esfericidade de Bartlett, é baseado na distribuição estatística do Qui – Quadrado, e testa a hipótese nula: “matriz de correlação = matriz identidade”, o que significa que não há correlação entre as variáveis. Valores de significância maiores que 0,1 indicam que os dados não são adequados para o tratamento com o método em questão, consequentemente, valores menores que 0,1 permitem rejeitar a hipótese nula. Analisando a tabela anterior é facilmente perceptível que a hipótese nula é rejeitada já que temos um nível de significância de 0,000, mostrando portanto que existe correlação entre as variáveis.

O método de extração dos fatores designado por componentes principais, obtendo, pelo critério de Kaiser, um número de fatores igual ao número de valores próprios maiores do que um, foi utilizado com o objetivo de obter as componentes principais sendo estas calculadas por ordem decrescente de importância, isto é, a primeira explica a máxima variância dos dados, a segunda a máxima variância ainda não explicada pela primeira e assim

sucessivamente. A última componente será a que menos contribui para a explicação da variância total dos dados.

Tabela 33 - Explicação da Variância

	Valores próprios iniciais			Somas de extração de carregamentos ao quadrado			Somas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,153	30,764	30,764	2,153	30,764	30,764	1,643	23,465	23,465
2	1,071	15,302	46,066	1,071	15,302	46,066	1,582	22,601	46,066
3	,986	14,087	60,153						
4	,896	12,806	72,958						
5	,757	10,821	83,779						
6	,632	9,032	92,811						
7	,503	7,189	100,00						
Método de Extração: Análise de Componente Principal.									

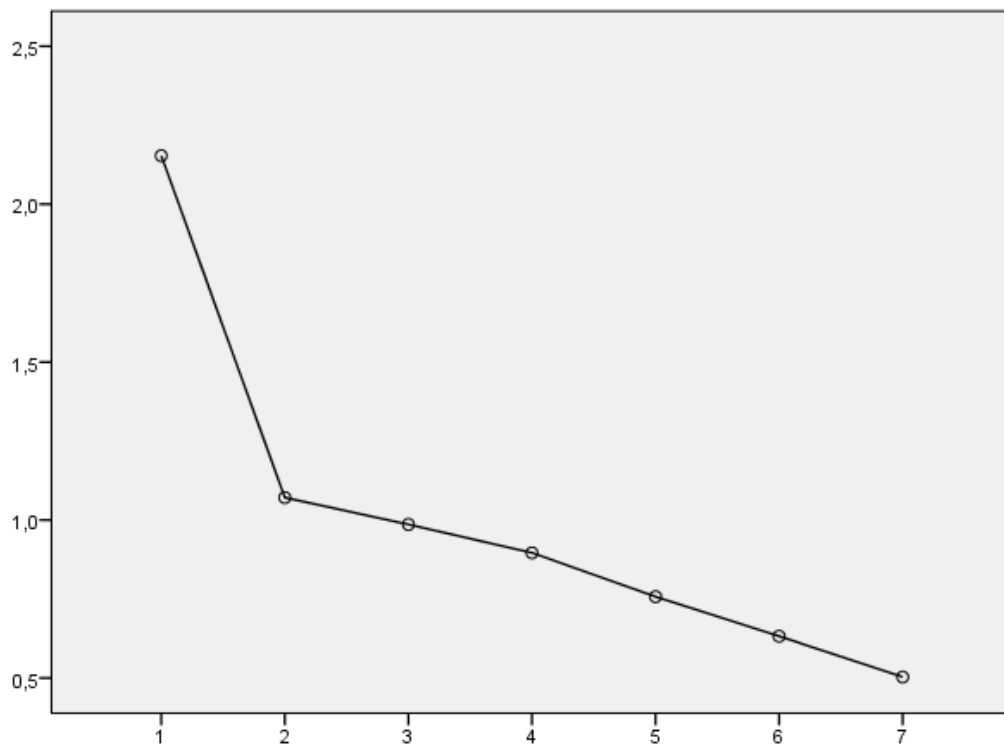
Fonte: Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics v22

Na situação inicial, tal como se pode observar, a soma dos valores próprios igualam o número de variáveis, neste caso 7, que seria o número de componentes necessários para explicar 100% da variância dos dados.

Existem dois valores próprios maiores que 1, pelo critério de Kraisner retêm-se esses valores que dão origem aos dois fatores, os quais explicam 46,066% da variância total. O primeiro fator explica 30,764% da variância e o segundo 15,306%. A variância total explicada não varia com a rotação, o mesmo não acontece com a variância explicada por cada fator, que se torna menos divergente com a rotação.

O Scree Plot, apresentado abaixo, comprova a retenção dos dois fatores. O eixo das ordenadas apresenta os valores próprios e o eixo das abscissas o número de fatores. Os fatores a reter são os que correspondem à maior inclinação da reta, ou seja, a um maior afastamento entre valores próprios.

Gráfico 15- Scree Plot



Fonte: *Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics v22*

A matriz anti-imagem apresentada de seguida é, segundo Pestana e Gageiro (2008), uma medida de adequação amostral de cada variável para uso da análise fatorial, onde pequenos valores na diagonal levam a considerar a eliminação da variável.

Os valores presentes fora da diagonal representam o simétrico da matriz das correlações, e sustentam a aplicação do método das componentes principais já que, os resultados serão tão mais fiáveis quanto mais pequenos forem esses valores. No que respeita à eliminação de variáveis, tal não acontecerá já que esse procedimento apenas é sustentado se algum dos valores na diagonal for inferior aos restantes valores na mesma posição.

Tabela 34 - Matriz Anti-Imagem

		Rendimento do Agregado Familiar	Seguro de Saúde	Subsistema de Saúde	Procura Público	Custos Setor Público	Procura Privado	Custos Setor Privado
Covariância anti-imagem	Rendimento do Agregado Familiar	,836	-,178	-,086	,079	,130	-,077	,053
	Seguro de Saúde	-,178	,793	,077	,074	-,090	-,227	,083
	Subsistema de Saúde	-,086	,077	,827	,059	,038	-,238	,096
	Procura Público	,079	,074	,059	,927	-,003	-,062	-,156
	Custos Setor Público	,130	-,090	,038	-,003	,945	-,001	-,112
	Procura Privado	-,077	-,227	-,238	-,062	-,001	,717	,140
	Custos Setor Privado	,053	,083	,096	-,156	-,112	,140	,820
Correlação anti-imagem	Rendimento do Agregado Familiar	,740 ^a	-,218	-,104	,090	,146	-,100	,064
	Seguro de Saúde	-,218	,630 ^a	,096	,086	-,104	-,300	,103
	Subsistema de Saúde	-,104	,096	,659 ^a	,068	,044	-,310	,116
	Procura Público	,090	,086	,068	,656 ^a	-,003	-,076	-,179
	Custos Setor Público	,146	-,104	,044	-,003	,569 ^a	-,002	-,127
	Procura Privado	-,100	-,300	-,310	-,076	-,002	,650 ^a	,182
	Custos Setor Privado	,064	,103	,116	-,179	-,127	,182	,746 ^a

a. Medidas de Adequação de Amostragem (MSA)

Fonte: Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics v22

A relação das variáveis com os fatores retidos é-nos dada pela análise dos valores estimados das comunalidades, que variam entre 0 e 1, sendo 0 quando os fatores comuns não explicam nenhuma variância da variável e 1 quando explicam toda a sua variância.

Tabela 35 - Comunalidades

	Extração
Rendimento do Agregado Familiar	,377
Seguro de Saúde	,606
Subsistema de Saúde	,341
Procura Público	,171
Custos Setor Público	,725
Procura Privado	,567
Custos Setor Privado	,438

Fonte: Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics v22

As variáveis Seguro de Saúde, Custos do Setor Público e Procura do Privado, dispõe de uma elevada comunalidade. As variáveis Rendimento do Agregado Familiar e Custos do Setor Privado apresentam uma razoável comunalidade. A variável que representa a Procura no Setor Público tem uma comunalidade baixa, o que significa que apenas 17,1% da variância nesta variável é explicada pelos fatores retidos. No entanto, segundo Pestana e Gageiro (2008 p.538): “as variáveis importantes a manter na Análise Fatorial são as que têm maiores correlações lineares entre si, ou aquelas cujos valores da Matriz Anti-Imagem sejam elevados na diagonal e pequenos fora dela”, não vamos, por isso, retirar a variável do estudo.

A tabela que se segue designada Matriz de Correlações, mede a associação linear entre as variáveis através do coeficiente de correlação linear R de Pearson, será a partir desta tabela que serão retiradas as conclusões inerentes às hipóteses e questões formuladas para a 3ª dimensão deste estudo. O coeficiente linear R de Pearson, segundo Pestana e Gageiro (2008, p. 502), “é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1”. Por convenção em ciências exatas sugere-se que R menor que 0,2 indica uma associação linear muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim, entre 0,9 e 1 uma associação muito alta. Lógica semelhante aplica-se às correlações negativas.

Tabela 36- Matriz de Correlações

		Rendimento do Agregado Familiar	Seguro de Saúde	Subsistema de Saúde	Procura Público	Procura Privado	Custos Setor Público	Custos Setor Privado
Correlação	Rendimento do Agregado Familiar	1,000	,294	,203	-,155	,260	-,161	-,213
	Seguro de Saúde	,294	1,000	,088	-,138	,367	,034	-,224
	Subsistema de Saúde	,203	,088	1,000	-,113	,365	-,100	-,240
	Procura Público	-,155	-,138	-,113	1,000	-,057	,047	,222
	Procura Privado	,260	,367	,365	-,057	1,000	-,056	-,308
	Custos Setor Público	-,161	,034	-,100	,047	-,056	1,000	,155
	Custos Setor Privado	-,213	-,224	-,240	,222	-,308	,155	1,000
Sig. (1 extremidade)	Rendimento do Agregado Familiar		,000	,000	,004	,000	,003	,000
	Seguro de Saúde	,000		,062	,008	,000	,280	,000
	Subsistema de Saúde	,000	,062		,025	,000	,041	,000
	Procura Público	,004	,008	,025		,163	,210	,000
	Procura Privado	,000	,000	,000	,163		,166	,000
	Custos Setor Público	,003	,280	,041	,210	,166		,003
	Custos Setor Privado	,000	,000	,000	,000	,000	,003	

Fonte: Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics v22

Pestana e Gageiro (2008) defendem que, as correlações significativas ao nível α , devem ter um p-valor inferior a α/n° de correlações. O número de correlações calcula-se multiplicando 7×7 que dá o número de elementos da matriz de correlação, a que se reduzem os 7 elementos da diagonal, dividindo o total por 2 já que a matriz é simétrica, obtendo-se o valor de 21, que é o número de correlações existentes. Assim sendo, para análise da hipótese nula: “Não existe correlação entre as variáveis”, com um erro tipo I de 0,05 as correlações devem ter significância inferior a $0,05/21=0,002$.

Pela leitura da tabela anterior, podemos afirmar que:

- A relação entre o **Rendimento do Agregado Familiar** e a posse de um **Seguro de Saúde** ou **Subsistema de Saúde** encontram-se correlacionadas significativamente de uma forma positiva o que indica que, à medida que aumenta o rendimento das famílias aumenta a existência de um seguro ou subsistema de saúde. Assim, calculando o R^2 é possível afirmar que cerca de 9% na variação da posse de um seguro e de 4% na variação da posse de um subsistema, são explicadas pelo aumento do rendimento das famílias.
- Por sua vez, a relação entre o **Rendimento do Agregado Familiar** e a **Procura do Setor Público** não se encontram significativamente correlacionadas. A correlação entre o **Rendimento do Agregado Familiar** e a **Procura no Setor Privado**, estão, por sua vez correlacionadas significativamente. Podemos assim afirmar que, à medida que aumenta o rendimento do agregado familiar aumenta a procura no setor privado. O cálculo de R^2 revela que uma variação positiva na procura do setor privado (aumento da procura) em 7% são explicados pelo aumento do rendimento das famílias.
- A perceção que os inquiridos têm dos custos inerentes a ambos os setores em função do rendimento é analisada pela correlação entre as variáveis: **Rendimento do Agregado Familiar** e **Custos do Setor Público**, que não apresentam uma correlação significativa. Bem como pela relação entre o **Rendimento do Agregado Familiar** e os **Custos do Setor Privado**, que, por sua vez, apresentam uma correlação significativa. Assim, concluímos que quanto maior o rendimento das famílias, maior a perceção de que os custos são baixos no setor privado. Recorrendo a R^2 uma variação negativa de 5% na opinião sobre os custos do setor privado (perceção de

que os custos são inferiores) são explicadas pelo aumento do rendimento do agregado familiar.

- A percepção que os inquiridos apresentam sobre os custos inerentes a ambos os setores em função da posse de um seguro de saúde ou subsistema é explicada pela correlação das variáveis, **Seguro ou Subsistema de Saúde e Custos do Setor Público ou Privado**. Embora a percepção dos custos no setor público apresentem uma correlação não significativa com a posse de seguro ou subsistema de saúde, o inverso ocorre com a percepção dos custos no setor privado. Neste caso, conforme aumenta a posse de um seguro de saúde entre os inquiridos, a percepção de custos mais altos no privado diminui. Isto é, uma variação negativa de 5% na posse de um seguro de saúde, diminui a percepção de custos no setor privado. No que respeita ao subsistema de saúde, à medida que a sua posse aumenta, a percepção de que os custos são altos no setor privado, diminui. Uma variação negativa de 6% na posse de um subsistema faz com que os inquiridos achem os custos mais elevados no setor privado.
- A correlação entre a **Posse de um Seguro de Saúde ou Subsistema** e a **Procura no Setor Público** não se encontram correlacionadas significativamente. Por outro lado a correlação entre a **Posse de um Seguro de Saúde ou Subsistema** e a **Procura no Setor Privado** encontram-se significativamente correlacionadas. Pelo que se conclui que a procura do setor privado aumenta em função da posse de um seguro ou subsistema de saúde. Acrescenta-se, através do cálculo do R^2 que uma variação positiva de 14% na procura do setor privado deve-se à posse de um seguro ou subsistema de saúde.

Para terminar surge a determinação de que variáveis se enquadram em cada um dos dois fatores. A Matriz das Componentes mostra os coeficientes que correlacionam as variáveis com os fatores antes da rotação.

Tabela 37 - Matriz das Componentes

	Componente	
	1	2
Procura Privado	,706	,261
Custos Setor Privado	-,640	,170
Rendimento do Agregado Familiar	,612	-,043
Seguro de Saúde	,586	,512
Subsistema de Saúde	,568	-,139
Procura Público	-,376	,174
Custos Setor Público	-,253	,813
Método de Extração: Análise de Componente Principal. a. 2 componentes extraídos.		

Fonte: Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics 22

A variável que estuda a posse de um Seguro de Saúde entre os inquiridos não apresenta um componente suficientemente elevado para que seja claro a qual dos fatores a variável se encontra associada, o que exige a utilização da rotação dos fatores cujo objetivo é extremar os valores dos componentes de modo a que cada variável se associe apenas a um fator.

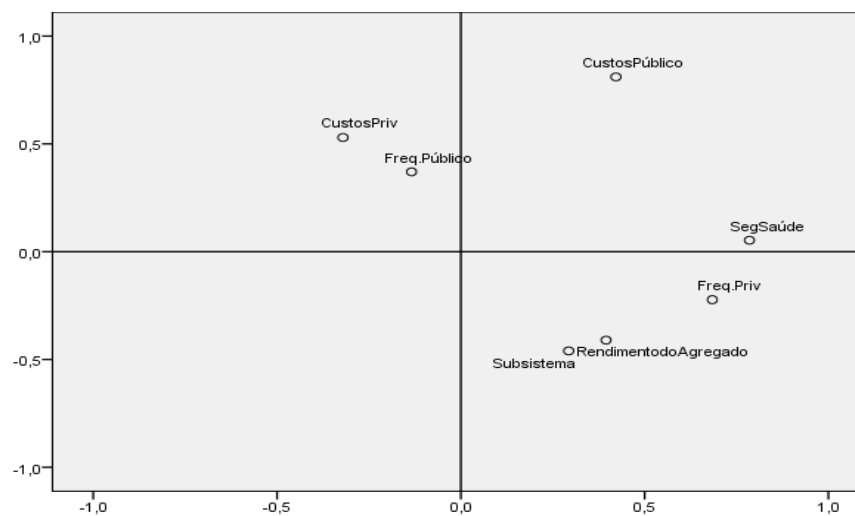
O método de rotação escolhido foi o Método Varimax que é descrito por Pereira (1999:80) como o método que “pretende que, para cada componente principal, existam apenas alguns pesos significativos e todos os outros sejam próximos de 0”, o que vai ajudar a definir casos ambíguos como este com que nos deparamos. Assim a Matriz de Componentes após Rotação é útil para designar o significado dos fatores quando as variáveis têm pesos elevados ou semelhantes em mais do que uma componente.

Tabela 38 - Matriz das Componentes após Rotação

	Componente	
	1	2
Seguro de Saúde	,778	-,031
Procura Privado	,692	-,295
Custos Setor Público	,375	,764
Custos Setor Privado	-,348	,563
Subsistema de Saúde	,317	-,491
Rendimento do Agregado Familiar	,416	-,452
Procura Público	-,154	,384
Método de Extração: Análise de Componente Principal. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. ^a ^a Rotação convergida em 3 iterações		

Fonte: Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics 22

Gráfico 16 - Gráfico das Componentes



Fonte: Elaboração Própria, 2015 – com apoio da ferramenta IBM® SPSS® Statistics 22

Genericamente, em conclusão, é perceptível através da Análise Fatorial espelhada no gráfico 16, de que as variáveis associadas ao fator 2 são as variáveis que identificam a percepção que os clientes têm dos custos com o setor privado e com o setor público e a frequência do setor público, as variáveis associadas ao fator 1 são as variáveis que identificam a posse de um subsistema ou seguro de saúde bem como a frequência do setor privado e ainda o rendimento do agregado familiar.

3.3 Balanced Scorecard

Com base na revisão bibliográfica efetuada, com base nos inquéritos por entrevista realizados junto do hospital privado⁵⁷ e do hospital público⁵⁸ e com base em estudos realizados por diversas entidades como a ACSS, WHO/OMS, OCDE/OECD, INE, SINAS, EU-OSHA e EUROFOUND, cuja caracterização está disposta na tabela abaixo, seguem os *Key Performance Indicators* (KPI) escolhidos, por perspetiva do BSC, para a análise do desempenho a nível operacional dos dois hospitais em estudo.

Tabela 39 - Organizações Internacionais

⁵⁷ Cf. 3.4.1 Inquérito por Entrevista – Hospital Privado.

⁵⁸ Cf. 3.4.2 Inquérito por Entrevista – Hospital Público.

Organização	Caracterização
ACSS	<div data-bbox="528 300 703 479"> <p>Administração Central</p>  <p>do Sistema de Saúde</p> </div> <p>A ACSS tem como missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como das instalações e equipamentos do SNS, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde e, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, coordenar a contratação da prestação de cuidados de saúde.⁵⁹</p>
OCDE / OECD	<div data-bbox="501 680 743 920">  </div> <p>OCDE dispõe de uma vasta informação sobre uma ampla gama de tópicos que usa para apoiar os governos a promover a prosperidade e lutar contra a pobreza através do crescimento económico e da estabilidade financeira.</p> <p>O trabalho da OCDE é baseado numa monitorização contínua dos eventos que ocorrem não só nos países membros como também naqueles que se situam fora do grupo, o que inclui estudos regulares ao desenvolvimento económico de curto e médio prazo. O secretariado da OCDE organiza e analisa os dados que são depois discutidos por comités. Posteriormente são elaboradas recomendações cuja implementação é feita pelos governos dos países a que respeitam.</p>
INE	<div data-bbox="461 1111 772 1245">  <p>INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA STATISTICS PORTUGAL</p> </div> <p>O Instituto Nacional de Estatística, tem como missão produzir e divulgar informação estatística oficial de qualidade, promovendo a coordenação, o desenvolvimento e a divulgação da atividade estatística nacional. O INE delega ainda noutras entidades nacionais parte da atividade estatística do país, assumindo o objetivo de promover a coordenação dessa atividade e de facilitar o acesso universal a toda a informação produzida.⁶⁰</p>
OMS / WHO	<div data-bbox="501 1352 732 1588">  </div> <p>A OMS é um organismo que pertence à ONU (Organização das Nações Unidas). O seu papel principal é dirigir e coordenar a saúde internacional. Apoia os países no sentido de coordenação de esforços em múltiplas áreas da saúde para que sejam alcançados os seus objetivos, é também prestado apoio às autoridades de saúde nacionais com vista à otimização de políticas e estratégias.⁶¹</p>

⁵⁹ Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Institucional/Apresenta%C3%A7%C3%A3o/tabid/63/language/pt-PT/Default.aspx>, consultado a 2015/09/08.

⁶⁰ Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&ine_smenu.boui=13710675&INST=53864, consultado a 2015/09/08.

⁶¹ Disponível em: <http://www.who.int/about/en/>, consultado a 2015/09/08.

ERS		<p>A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é uma entidade pública independente que tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado e social, exceto as farmácias.</p> <p>Supervisiona os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requisitos para o exercício da atividade; - Direitos de acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes; - Legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores; -Concorrência no sector da saúde⁶²
SINAS		<p>O SINAS é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde. Tem por base três valores fundamentais: rigor, transparência e objetividade⁶³</p>
EU-OSHA		<p>Pode ler-se no site⁶⁴: “Desenvolvemos, reunimos e fornecemos informações, análises e ferramentas com vista a promover o conhecimento, a sensibilização e o intercâmbio de informações fiáveis e relevantes, bem como de boas práticas, em matéria de segurança e saúde no trabalho (SST) para responder às necessidades de todos quanto se dedicam às questões da SST”</p>
IASIST		<p>A IASIST é uma empresa multinacional de origem espanhola que se dedica à realização de estudos, sobretudo ao nível da Península Ibérica, de <i>benchmarking</i> para todo o tipo de organizações prestadoras de cuidados de saúde (cuidados primários, hospitais de agudos, reabilitação e cuidados continuados).⁶⁵</p>
EUROFOUND		<p>A EUROFOUND é um organismo da União Europeia que constitui um núcleo de informação sobre questões de política social, incluindo condições de emprego e de vida, relações laborais e parceria e coesão social. (Comissão Europeia, 2005)</p>

Fonte: Elaboração Própria, 2015

⁶² Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/2>, consultado a 2015/09/08.

⁶³ Disponível em: <https://www.ers.pt/pages/118>, consultado em 2015/07/15.

⁶⁴ Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/about-eu-osha/what-we-do/mission-and-vision>, consultado a 2015/09/08.

⁶⁵ Disponível em: <http://www.iasist.pt/pt/quem-somos>, consultado a 2015/09/25.

3.3.1 Perspetiva de Processos Internos e de Negócio⁶⁶

A perspetiva dos processos internos procura compreender e identificar os métodos produtivos que a organização utiliza e que realmente são os grandes responsáveis pela criação de valor e satisfação dos utentes. A melhoria dos processos internos no presente é um indicador chave do sucesso da organização no futuro.

- **KPI**:

1. Taxa de Ocupação de Camas

Pretende-se a análise do número de camas que estiveram ocupadas durante um determinado período de tempo, utilizaremos um ano como o período de referência. Com base no *benchmarking* hospitalar efetuado pela ACSS⁶⁷ um hospital será mais eficiente se a sua taxa de ocupação se situar entre os 75% e os 85%. O mesmo estudo refere que o nível de utilização de camas será tanto mais eficiente quando mais próximo de 100%, no entanto o ideal é que não atinja esse valor, mas que se mantenha próximo já que é necessária a disponibilidade de camas para serviços realizados inesperadamente, nomeadamente o que respeita a urgências.

2. Número Cesarianas por Parto

A percentagem de partos por cesarianas retrata o número de partos que são realizados com recurso a cesariana. Pode ler-se no estudo realizado pela ACSS (n.d., p.5) que: “a realização de cesarianas sem necessidade clínica acarreta riscos acrescidos para a mãe e para o feto”. O estudo realizado pela OCDE em 2015 revela que Portugal é o sexto país do grupo que mais cesarianas realiza tendo em conta o número de partos. A WHO (2015) explica que: “ao nível populacional, taxas de cesarianas acima de 10% não estão associadas com redução da mortalidade materna e neonatal”. Sendo assim, segundo o estudo realizado pela ACSS (n.d, p.5): “todas as instituições hospitalares devem assegurar que, em 2016, as taxas de cesarianas sejam inferiores a 25% (meta da WHO)”. A realização de cesarianas tem ainda implicações ao nível económico já que o procedimento acarreta mais custos. Um estudo realizado sob a

⁶⁶ O negócio aqui subjacente, dado o tipo de organização que se pretende estudar, é a prestação de cuidados de saúde.

⁶⁷ <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>, consultado a 2014/12/22.

alçada da WHO por Gibbons, *et al.* (2010), com vista à análise dos custos intrínsecos às cesarianas concluiu que, em 137 países estudados, os custos globais das cesarianas realizadas em excesso custam aproximadamente 2,03 mil milhões de euros, enquanto que o custo das cesarianas consideradas necessárias rondam os 377 milhões de euros.

Utilizaremos assim como referência para este indicador a meta estabelecida pela WHO para Portugal: menos de 25% de cesarianas realizadas por parto.

3. Número de Reclamações por Cama

Hoffman e Bateson (2003) definem o termo reclamar como: expressar descontentamento, insatisfação, protesto, ressentimento ou pesar. Homburg e Fürst (2005) consideram que a existência de uma reclamação não é necessariamente má para a organização já que, a forma como as reclamações são geridas podem resultar numa recuperação e satisfação do cliente aumentando a sua preferência pela organização. A mesma ideia é corroborada por Lovelock e Wright (2001) quando defendem que as empresas têm de estar conscientes sobre a nova oportunidade que lhes é conferida aquando da reclamação de clientes insatisfeitos uma vez que, agindo como consultores, estes diagnosticam os problemas sem cobrarem nada por isso. Os mesmos autores vão mais longe ao acrescentarem as empresas de sucesso vêm as reclamações como uma oportunidade de reestabelecer a satisfação dos clientes. Ainda assim, embora as reclamações possam ser transformadas numa mais-valia para a gestão hospitalar, a necessidade de eficiência, eficácia e o profissionalismo de todos os colaboradores com vista à prestação de um serviço de qualidade, torna o número de reclamações num importante indicador da avaliação do desempenho.

A ERS – Entidade Reguladora da Saúde levou a cabo a elaboração de dois relatórios com a síntese estatística das reclamações a nível hospitalar, um para o setor público, outro para o setor privado. Os relatórios concluíram que os hospitais da região norte com internamento foram alvo de um total de 1177 reclamações, sendo que 164 pertencem ao setor público (ERS, 2013b) e 1013 ao setor privado (ERS, 2013c). No entanto, não podemos utilizar estes valores como mensuração já que estas são apenas as reclamações que chegam à ERS sendo que outras podem ser feitas noutras entidades ou diretamente no próprio hospital. Não havendo nenhuma informação disponível do número total de reclamações realizadas a nível hospitalar em Portugal, iremos comparar o número de reclamações nas instituições a estudar em função do número de camas.

4. Existência de Departamento de Auditoria Interna / Operacional

É fundamental a existência de um departamento de auditoria com vista à criação de valor e aumento da produtividade, analisando os procedimentos existentes e o aumento da sua eficiência.⁶⁸ Este indicador será avaliado apenas na dicotomia “Sim” ou “Não” comparando as instituições da amostra.

3.3.2 Perspetiva dos Clientes⁶⁹

Esta perspetiva defende a forma como o valor deve ser criado e percebido pelos utentes. Relaciona-se com fatores como a satisfação, fidelidade, retenção e aquisição dos clientes e traduzem objetivos orientados para mercados ou segmentos específicos.

- KPI:

1.Quantidade médicos *per capita*

A OCDE (2013) num estudo que realiza de forma anual sobre o estado da saúde dos países, conclui que Portugal é o quinto país com mais médicos *per capita*, apresentando a Grécia no topo com 6,1 médicos por 1 000 habitantes, seguida da Rússia, Áustria e Itália. Contudo foi já referido anteriormente⁷⁰ que Portugal apresenta assimetrias significantes a nível da distribuição hospitalar e consequentemente dos recursos humanos inerentes. Importa por isso perceber de que forma os hospitais em estudo são abrangidos por essa desigualdade.

Assim sendo, um número de médicos que não seja considerado deficitário ou excessivo, será o ideal num hospital já que evitará gastos desnecessários com o pessoal e por outro lado fará com que tempos de espera para diferentes atos médicos sejam reduzidos, aumentando a qualidade percebida pelo utente. A OCDE apresenta uma média de 3,2 médicos *per capita*

⁶⁸ Cf. 1.5 - Auditoria na Saúde, onde está toda a revisão bibliográfica subjacente ao tema.

⁶⁹ Clientes são quem procura as organizações em estudo com vista à melhoria do seu estado de saúde, logo, os utentes.

⁷⁰ Cf. 1.4 - Assimetrias e Desigualdades na Saúde em Portugal.

(OCDE, 2013, p.64). Por sua vez, Portugal, tem 4,3 médicos por cada 1 000 habitantes⁷¹, valor que é calculado de uma forma geral e não por hospital. Iremos então comparar os médicos à disposição de cada hospital por mil habitantes, a média da OCDE e os dados do INE para Portugal, serão os valores a ser utilizados como referência.

2. Taxa de Reinternamentos Hospitalares / Índice de Readmissões Ajustadas pelo Risco

Os reinternamentos são um indicador importante para comparações internacionais de qualidade e eficiência porque refletem o impacto dos cuidados hospitalares na condição do doente após a alta. (Westwert *et al.*, 2002, pp. 269-278). Citando Sousa - Pinto *et al.* (2013, p.711):

“vários estudos evidenciaram que elevadas taxas de reinternamentos estão relacionadas com um aumento das despesas no setor da saúde, com o decréscimo da qualidade dos cuidados de saúde e com elevadas taxas de mortalidade hospitalar”.

A mesma ideia é corroborada por Jordão (2012), que defende que a falta de investimento na preparação da alta hospitalar e a falta de acompanhamento adequado do doente no domicílio, são tidos como fatores que contribuem para os elevados níveis de reinternamentos hospitalares.

Sousa – Pinto *et al.* acrescem que a taxa de reinternamento hospitalar nos EUA (Estados Unidos da América) varia entre 5% e 29% o que vai de encontro a Borges *et al.* (2008, p.148) que referem que “estudos internacionais identificam taxas de reinternamento hospitalar que variam entre 0,47% e 25,4%.” Já em Portugal, o estudo de *benchmarking*⁷² realizado aos hospitais públicos pela ACSS identificou uma taxa de reinternamento hospitalar com variações entre 3,55% e 12,12% no ano de 2013, o que só por si indica que Portugal tem bons resultados a nível internacional, facto que é corroborado pela própria ACSS (ACSS, n.d, p.5). Como apoio à mensuração deste indicador utilizaremos a média dos valores que ocorrem em Portugal no setor público (7,84%) para o CHSJ.

⁷¹ Dados do INE referentes aos Censos de 2011. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000908&contexto=bd&selTab=tab2, consultado a 2015/09/02.

⁷² <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>, consultado a 2014/12/22.

Para o HCP, os dados que temos disponíveis para o estudo é o Índice de Readmissões Ajustado pelo Risco (IRAR). Este índice é definido pelo IASIST (IASIST,2012, p.26) como:

“a relação entre as readmissões observadas e as readmissões esperadas, tendo em conta o risco individual da casuística a gravidade/severidade de cada um dos episódios, com base em diversas características⁷³.”

Neste estudo elaborado pela IASIST (IASIST, 2012) que efetua um *benchmarking* entre hospitais portugueses e espanhóis, conclui que em Portugal o IRAR varia entre 3,8% e 5,5%. Acresce o estudo que: “sempre que os valores do IRAR forem inferiores a 1, significa que o número de episódios readmitidos no hospital de forma urgente, até 30 dias após a alta e relacionados com o episódio de origem foi inferior face aos que seriam de esperar tendo em conta o risco (gravidade/severidade) individual dos pacientes” (IASIST, 2012, p.19). Assim, e no caso concreto do HCP utilizaremos como mensuração o valor médio de IRAR verificados em Portugal (4,65%) e se as readmissões serão ou não superiores às esperadas.

3.Classificação obtida no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)

Tal como apresentado pela ERS no site⁷⁴, podem sistematizar-se os princípios orientadores do SINAS em três objetivos:

1. **Mais e melhor informação sobre a qualidade do sistema de saúde.** A definição e a recolha adequada e cíclica de dados para obtenção de indicadores de avaliação consistentes potenciam a disponibilização de informação objetiva, pertinente e fiável acerca da qualidade do sistema de saúde.
2. **Melhoria contínua dos cuidados prestados.** A publicitação dos resultados da avaliação permitirá às instituições a promoção de *benchmarking*, catalisando a implementação de

⁷³ Características dos pacientes tratados (idade e sexo); características do episódio de assistência (natureza da admissão: urgente/programado; tipo de situação clínica: médica/cirúrgica; destino após alta; risco de readmissão associado ao diagnóstico principal; ao diagnóstico secundário; à complicação e procedimento com risco superior); características do hospital que trata (nível do hospital: universitário/não universitário; tipo de hospital: público ou privado; e, localização: rural ou urbana. (IASIST, 2012, p. 26).

⁷⁴ <https://www.ers.pt/pages/118>, consultado em 2015-07-15.

medidas conducentes à melhoria contínua da qualidade dos serviços e dos cuidados prestados.

3. **Incremento da capacidade de análise do utente.** A publicidade resultante da disponibilização da informação dotará os utentes de um conhecimento simplificado e fidedigno sobre os níveis de qualidade do sistema de saúde, reduzindo as atuais assimetrias de informação e permitindo decisões e opiniões documentadas.

Este indicador (Classificação Obtida no SINAS) mede:

- a) A excelência clínica que visa avaliar a qualidade dos cuidados de saúde propriamente ditos a diversos níveis, como o diagnóstico, os procedimentos ou a prevenção. Este indicador não visa a avaliação de profissionais de saúde do ponto de vista técnico ou deontológico, mas apenas “aferir o cumprimento de *guidelines* e boas práticas” (ERS, 2013a);
- b) A segurança do doente que é feita em duas óticas complementares: a avaliação de procedimentos de segurança, por indicadores de estrutura, com base numa *check-list* de verificação da cultura e procedimentos relacionados com a segurança dos doentes na prestação de cuidados de saúde (ótica *ex-ante*) e avaliação de eventos adversos, por indicadores de resultados, que traduzem a incidência deste tipo de ocorrências na prestação de cuidados de saúde (ótica *ex-post*);
- c) A Adequação e Conforto das Instalações: Por um lado, visa-se avaliar o grau de adequação à prestação de serviços de saúde dos espaços e equipamentos (não médicos) dos estabelecimentos hospitalares, e da sua gestão e manutenção. No que concerne ao item Conforto, contempla-se a área da chamada “hotelaria hospitalar”, entendida como a reunião de serviços de apoio ao desempenho das funções principais de um hospital;
- d) A focalização no utente: neste parâmetro pretende-se avaliar, de forma objetiva, o grau de orientação dos serviços de saúde para as necessidades e expectativas dos utentes e seus acompanhantes. E por fim,
- e) A Satisfação do Utente.

O SINAS atribui entre 1 e 5 estrelas a cada hospital estudado, sendo que o hospital que obtenha a totalidade de estrelas terá uma exímia qualidade global. Consideraremos que cumprem este indicador hospitais com um número de estrelas maior/igual a 4.

4. Utilização dos princípios de *Corporate Governance*⁷⁵

Shleifer e Vishny (1997) apresentam o *Corporate Governace* como um sistema de gestão voltado para a administração de topo, que permite o equilíbrio de forças entre os gestores e os sócios, dando a necessária transparência dos seus atos, gerando segurança ao mercado e em especial aos *stakeholders*, ou seja, aos acionistas, às instituições financeiras, aos fornecedores, aos clientes, aos funcionários, à comunidade e aos próprios sócios proprietários.

Pretende-se perceber assim se a entidade utiliza os fundamentos do *Corporate Governance*. Este indicador será avaliado na dicotomia “Sim/Não”, sendo que a utilização destes princípios significam um maior conforto para todos os *stakeholders*, no caso concreto significam uma mais-valia influenciando a forma como os utentes vêm a organização.

3.3.3 Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento

Estão aqui incluídas as competências profissionais, iniciativas de acesso à inovação, fundamental em áreas ligadas à saúde e acessibilidade a sistemas de informação. Por outras palavras, são incluídas nesta perspetiva um conjunto de indicadores relacionados com os empregados, com a sua satisfação, formação profissional, permanência na organização. Esta perspetiva oferece fundações para que as restantes perspetivas do BSC tenham êxito.

- KPI:

1. Existência de Políticas de Avaliação de Desempenho ou Políticas de Incentivos a Colaboradores:

Silva e Oliveira (2009, pp.214 - 216) caracterizam as avaliações de desempenho e a concessão de incentivos aos colaboradores como ferramentas importantes para gerir pessoas, já que estimulam o colaborador a atingir objetivos e metas, uma vez que serão

⁷⁵ Cf. 1.6 *Corporate Governance* no setor público.

posteriormente compensados. Segundo os autores estes procedimentos contribuem em grande parte para o crescimento da organização em que se encontram inseridos já que, os colaboradores tendem a terem vontade de fazer cada vez mais e melhor, nascendo um sentimento de pertença.

Chiavenato (2004, p.288) corrobora a importância destes procedimentos afirmando que:

“não basta remunerar as pessoas pelo tempo dedicado à organização. Isto é necessário, mas insuficiente. É preciso incentivá-las continuamente a fazer o melhor possível, a ultrapassar o desempenho atual e a alcançar metas e resultados desafiantes”.

Em 2010 a EUROFOUND publicou um plano para a introdução de políticas de incentivo laboral para os funcionários da construção civil francesa (EUROFOUND, 2010b). Ao abordar teoricamente o tema das políticas de incentivo o estudo refere a importância da implementação desta política referindo que faria reduzir acidentes de trabalho, doenças profissionais e o absentismo.

Nesse sentido utilizaremos como indicador a existência ou não destas políticas, já que a sua existência acarreta os benefícios acima referidos.

2. Taxa de Absentismo

Um dos principais desafios com que muitas organizações se deparam é a necessidade de lidar no seu dia-a-dia com o absentismo dos seus colaboradores. As faltas ao trabalho traduzem-se num impacto significativo na produtividade laboral e também nos resultados. Um estudo europeu elaborado pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2014), mostra que os fatores de risco psicossociais⁷⁶ são a causa primordial de absentismo na Europa. Neste contexto, é fundamental que as empresas façam uma gestão adequada dos seus recursos humanos e das faltas dos seus trabalhadores, já que a ausência de um funcionário pode representar um problema grave. (EU-OSHA,2014).

⁷⁶ “Riscos Psicossociais são os resultados psicológicos, físicos e sociais negativos que decorrem de uma conceção, organização e gestão desadequadas do trabalho” – Disponível em: <https://www.healthy-workplaces.eu/pt/stress-and-psychosocial-risks/what-are-stress-and-psychosocial-risks>, consultado a 2015/09/03.

O estudo mais recente elaborado na Europa sobre esta temática incide sobre os padrões de absentismo na EU27⁷⁷ e na Noruega e foi preparado pela *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*. O estudo refere que “as taxas médias de absentismo na Europa variam entre os 3% e os 6% do tempo de trabalho e estima-se que o seu custo atinja cerca de 2,5% do PIB dos países”. (EUROFOUND, 2010a:2). É ainda feito um alerta, no mesmo estudo, para o facto de em alguns países os dados referentes ao absentismo laboral serem praticamente inexistentes, é o caso de Portugal. Utilizaremos, por isso, como medida de apoio à mensuração, as taxas médias praticadas na Europa tendo em conta o estudo.

3. Área de formação base do Administrador do Hospital

Embora o DL nº101/80 de 8 de maio exija para o exercício da função uma especialização em Administração Hospitalar, é do conhecimento geral que a administração hospitalar quer no setor público quer no setor privado varia entre profissionais do ramo da saúde e profissionais do ramo das ciências económicas. Pretende-se assim verificar qual dos dois ramos terá uma melhor capacidade/competências/*skills* para elevar o desempenho de um hospital (baseando-nos em todos os outros indicadores a estudar ao longo deste estudo de caso).

3.3.4 Perspetiva Económico-financeira⁷⁸

A perspetiva financeira apresenta-se como a forma tradicional de avaliação de resultados bastando para isso a análise dos registos contabilísticos de períodos anteriores. A utilização isolada de indicadores financeiros faz centrar as atenções da gestão em resultados de curto prazo que podem prejudicar a criação de valor a longo prazo. Os indicadores financeiros apresentam-se assim valiosos já que resumem as consequências económicas de medidas que estão a ser tomadas pela organização.

⁷⁷ Países constituintes da Europa dos 27: Áustria, Bélgica, Bulgária, Republica Checa, Chipre, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Holanda, Polónia, Portugal, Romênia, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Suécia e Reino Unido.

⁷⁸ Cf. 3.3 Análise Económico Financeira, onde estão apresentadas as bases teóricas subjacentes ao tema.

- **KPI**:

Seguem de uma forma sucinta os KPI a utilizar nesta perspetiva uma vez que já foram analisados anteriormente⁷⁹.

1. Resultado Líquido do Período:

Indicador financeiro de maior relevância que pretende ser um “resumo” das variações económicas ao longo do período de referência.

2. Grau de Autonomia Financeira:

Determina a (in)dependência da empresa face a Capitais Alheios, dando apoio na análise do risco sobre a estrutura financeira de uma empresa.

3. Liquidez Geral:

Expressa a capacidade da empresa liquidar o passivo de curto prazo com o ativo de curto prazo.

4. Rendibilidade Económica:

Mede a capacidade da empresa em gerar lucro.

3.3.5 Síntese dos *Key Performance Indicators* a Utilizar no Estudo de Caso

Tabela 40 - Síntese dos KPI e fórmulas a utilizar

O Balanced Scorecard nos hospitais	
KPI	Fórmula
PERSPETIVA DE PROCESSOS INTERNOS DO NEGÓCIO	
OBJETIVO: AUMENTO DA PRODUTIVIDADE COM VISTA À CRIAÇÃO DE VALOR E MAIOR SATISFAÇÃO DOS UTENTES.	
Taxa de Ocupação de Camas	$\frac{n^{\circ} \text{ de pacientes que deram entrada em regime de internamento}}{n^{\circ} \text{ de camas}}$
Taxa de Cesarianas	$\frac{n^{\circ} \text{ de cesarianas}}{n^{\circ} \text{ de partos}}$
Número de Reclamações por Cama	$\frac{n^{\circ} \text{ de reclamações}}{n^{\circ} \text{ de cama}}$
Existência de Departamento de Auditoria Interna / Operacional	n.a

⁷⁹ Cf. 3.1 Análise Económico – Financeira.

PERSPETIVA DOS CLIENTES		
OBJETIVO: AUMENTO DA SATISFAÇÃO, FIDELIDADE, RETENÇÃO E AQUISIÇÃO DE UTENTES		
Nº de Médicos <i>per capita</i>	$\frac{N^{\circ} \text{ de médicos ao serviço do hospital}}{\text{população da área abrangida pelo hospital}}$	
Taxa de Reinternamento Hospitalar / Índice de Readmissões Ajustadas pelo Risco	$\frac{N^{\circ} \text{ de Reinternamentos até 30 dias}}{N^{\circ} \text{ de Internamentos}}$	$\frac{\text{Readmissões Observadas}}{\text{Readmissões Esperadas}}$
Classificação Obtida no SINAS	n.a	
Utilização dos princípios do <i>Corporate Governance</i>	n.a	
PERSPETIVA APRENDIZAGEM		
OBJETIVO: POSSUIR ELEVADOS NÍVEIS DE COMPETÊNCIA E FORMAÇÃO PROFISSIONAIS E PROPORCIONAR O AUMENTO DA INOVAÇÃO ELEVANDO A PRODUTIVIDADE.		
Existência de Políticas de Avaliação de Desempenho ou Políticas de Incentivos a Colaboradores	n.a	
Taxa de Absentismo	$\frac{N^{\circ} \text{ de Ausências (excluindo férias)}}{n^{\circ} \text{ de dias trabalháveis}}$	
Área de Formação do Administrador Hospitalar	n.a	
PERSPETIVA ECONÓMICO-FINANCEIRA		
OBJETIVO: ANÁLISE ECONÓMICA DE FORMA À PERCEÇÃO DE CONSEQUÊNCIA DAS MEDIDAS TOMADAS NESTE ÂMBITO.		
Resultado Líquido do Período	n.a	
Grau de Autonomia Financeira	$\frac{\text{Capitais Próprios}}{\text{Ativo Líquido}}$	
Liquidez Geral	$\frac{\text{Ativo Corrente}}{\text{Passivo Corrente}}$	
Rendibilidade Económica	$\frac{\text{Resultado Líquido do Período}}{\text{Ativo Total Líquido}}$	

Fonte: Elaboração Própria, 2015

3.4 Estudo de Caso

Neste capítulo serão apresentados os BSC para cada um dos hospitais em estudo para posterior análise. Ter-se-á por base os princípios apresentados no ponto anterior 3.5 – Balanced Scorecard.

3.4.1 Proposta do *Balanced Scorecard* para o Centro Hospitalar de São João

Os cálculos efetuados no quadro seguinte têm por base todas as bases teóricas já expostas nesta dissertação, bem como as informações contidas nos relatórios do CHSJ referentes aos anos de 2013 e 2014 (CHSJ, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b).

Tabela 41 – Cálculo dos KPI no CHSJ

O Balanced Scorecard nos hospitais		
KPI	Resultados	
	2013	2014
PERSPETIVA DE PROCESSOS INTERNOS DO NEGÓCIO		
OBJETIVO: AUMENTO DA PRODUTIVIDADE COM VISTA À CRIAÇÃO DE VALOR E MAIOR SATISFAÇÃO DOS UTENTES.		
Taxa de Ocupação de Camas	84,23%	85,83%
Taxa de Cesarianas por Parto	26,1%	26,8%
Número de Reclamações por cama	1,62 reclamações por cama	1,79 reclamações por cama
Existência de Departamento de Auditoria Interna / Operacional	Sim	Sim
PERSPETIVA DOS CLIENTES		
OBJETIVO: AUMENTO DA SATISFAÇÃO, FIDELIDADE, RETENÇÃO E AQUISIÇÃO DE UTENTES		
Nº de Médicos <i>per capita</i>	1,3 médico <i>per capita</i>	1,3 médico <i>per capita</i>
Taxa de Reinternamento Hospitalar	8,5%	7,9%
Classificação Obtida no SINAS ⁸⁰	4 estrelas	4 estrelas
Utilização dos Princípios do <i>Corporate Governance</i>	Sim	Sim
PERSPETIVA APRENDIZAGEM		
OBJETIVO: POSSUIR ELEVADOS NÍVEIS DE COMPETÊNCIA E FORMAÇÃO PROFISSIONAIS E PROPORCIONAR O AUMENTO DA INOVAÇÃO, ELEVANDO A PRODUTIVIDADE.		
Existência de Políticas de Avaliação de Desempenho ou Políticas de Incentivos a Colaboradores	Sim	Sim
Taxa de Absentismo	7,2%	9,1%
Área de Formação do Administrador Hospitalar	Doutoramento: Medicina	Doutoramento: Medicina

⁸⁰ O CHSJ declinou a avaliação do parâmetro de “Excelência Clínica”, não fornecendo informações necessárias à avaliação de 9 de 14 áreas clínicas, nomeadamente: Cardiologia; Cirurgia de Ambulatório; Ginecologia; Neurologia; Obstetrícia; Ortopedia e Pediatria. Informação disponível em: <https://www.ers.pt/pages/198>, consultada a 2015/09/16.

PERSPETIVA ECONÓMICO-FINANCEIRA		
OBJETIVO: ANÁLISE ECONÓMICA DE FORMA À PERCEÇÃO DA CONSEQUÊNCIA DAS MEDIDAS TOMADAS NESTE ÂMBITO.		
Resultado Líquido do Período	129 855,54 €	4 526 371,58
Grau de Autonomia Financeira	27,94%	52,78%
Liquidez Geral	1,17	1,42
Rendibilidade Económica	0,03%	1,97%

Fonte: Elaboração Própria, 2015 com base nas informações contidas nos Relatórios de Gestão (2013a e 2014a) e nos Relatórios de Boas Práticas e Governos Societários (CHSJ, 2013b e 2014b)

Construído o BSC referente ao CHSJ, podemos analisar o nível de cumprimento dos indicadores estabelecidos para cada perspetiva.

Na perspetiva Processos Internos do Negócio, concluímos que:

- A **Taxa de Ocupação de Camas** manteve-se dentro do padrão estabelecido (entre 75% e 85%) no ano de 2013. No entanto, em 2014 ultrapassou os 85% em menos de um ponto percentual (0,83%);
- A **Taxa de Cesarianas por Parto**, embora não muito acima do valor de referência (inferior a 25%), não cumpriu o estipulado. Atingiu, em 2013, 26,1% e em 2014, 26,8%;
- O **Número de Reclamações por Cama**, não será utilizado já que o HCP não faz a análise deste indicador e não há, por isso, forma de comparar os dados obtidos por parte do CHSJ o que invalida também a análise de cumprimento ou não do indicador;
- O indicador que analisa a **Existência de Departamento de Auditoria Interna** é cumprido, já que o hospital dispõe deste serviço.

No que respeita à Perspetiva dos Clientes, observamos que:

- O CHSJ apresenta um baixo **Número de Médicos *per capita*** (1,3 médicos *per capita*) face à média deste indicador calculado pela OCDE (3,2 médicos *per capita*) e disponível no INE sobre Portugal (4,3 médicos *per capita*);
- A **Taxa de Reinternamento Hospitalar** do CHSJ embora próxima do valor de referência (7,84%), ainda o supera (8,5% em 2013 e 7,9% em 2014), indicando um desempenho mais baixo do que o que seria de esperar neste indicador;

- A **Classificação Obtida** pelo CHSJ no SINAS, é de 4 estrelas, sendo que a quinta não é atribuída porque existem parâmetros não analisados como já anteriormente referido⁸¹;
- A **Utilização dos Princípios de Corporate Governance** é uma realidade no CHSJ, pelo que há um bom desempenho neste indicador.

Na Perspetiva de Aprendizagem observamos que:

- O CHSJ dispõe de uma **Política de Avaliação de Desempenho** dos seus Colaboradores, cumprindo assim este indicador;
- Tendo em conta os valores de referência (entre 3% e 6%), podemos considerar que o CHSJ possui uma elevada **taxa de absentismo**, que evoluiu de 2013 para 2014 atingindo 9,1%.
- A **Área de Formação do Administrador Hospitalar** do CHSJ tem por base a Medicina.

Da Perspetiva Económico Financeira é notório que os resultados do CHSJ têm vindo a apresentar uma tendência de melhoria nos dois anos analisados:

- O **RLP** é positivo tendo sofrido de 2013 para 2014 um considerável aumento;
- O mesmo aconteceu com o **Grau de Autonomia Financeira** que aumentou cerca de 20%, atingindo o valor de 52,78%;
- No que respeita à **Liquidez Geral** é perceptível um aumento, embora não tão acentuado como as rubricas anteriores;
- Por sua vez a **Rendibilidade Económica** passou de quase 0, para cerca de 2%.

⁸¹ Cf. 3.5.2 Perspetiva dos Clientes.

3.4.2 Proposta do *Balanced Scorecard* para o Hospital CUF Porto

Os cálculos efetuados no quadro seguinte têm por base todas as bases teóricas já expostas nesta dissertação, bem como as informações contidas nos relatórios do GJMS de 2013 e 2014 (José Mello Saúde, 2013a, 2013b, 2013c, 2014a e 2014b).

Tabela 42 - Cálculo dos KPI no CUF Porto

O Balanced Scorecard nos hospitais		
KPI	Resultados	
	2013	2014
PERSPETIVA DE PROCESSOS INTERNOS DO NEGÓCIO		
OBJETIVO: AUMENTO DA PRODUTIVIDADE COM VISTA À CRIAÇÃO DE VALOR E MAIOR SATISFAÇÃO DOS UTENTES.		
Taxa de Ocupação de Camas	50,69%	51,33%
Taxa de Cesarianas	76,32%	77,79%
Número de Reclamações	Cf. Nota de Rodapé nº82	
Existência de Departamento de Auditoria Interna / Operacional	Sim	Sim
PERSPETIVA DOS CLIENTES		
OBJETIVO: AUMENTO DA SATISFAÇÃO, FIDELIDADE, RETENÇÃO E AQUISIÇÃO DE UTENTES		
Nº de Médicos <i>per capita</i>	0,14 médicos <i>per capita</i>	0,14 médicos <i>per capita</i>
Índice de Readmissões Ajustadas pelo Risco (IRAR)	0,74	0,75
Classificação Obtida no SINAS	5 estrelas	5 estrelas
Utilização dos Princípios do <i>Corporate Governance</i>	Sim	Sim
PERSPETIVA APRENDIZAGEM		
OBJETIVO: POSSUIR ELEVADOS NÍVEIS DE COMPETÊNCIA E FORMAÇÃO PROFISSIONAIS E PROPORCIONAR O AUMENTO DA INOVAÇÃO, ELEVANDO A PRODUTIVIDADE.		
Existência de Políticas de Avaliação de Desempenho ou Políticas de Incentivos a Colaboradores	Sim	Sim
Taxa de Absentismo	Cf. Nota de Rodapé nº83	
Área de Formação do Administrador Hospitalar	Licenciatura: Gestão Especialização: Administração Hospitalar	Licenciatura: Gestão Especialização: Administração Hospitalar

⁸² Após contacto com o HCP foi-nos informado que não há divulgação desta informação já que são tratados apenas ao nível do GJMS e não por unidade.

PERSPETIVA ECONÓMICO-FINANCEIRA		
OBJETIVO: ANÁLISE ECONÓMICA DE FORMA À PERCEÇÃO DE CONSEQUÊNCIA DE MEDIDAS TOMADAS NESTE ÂMBITO.		
Resultado Líquido do Período	- 7 648 748,99 €	- 3 993 681,69 €
Grau de Autonomia Financeira	-107,96%	- 115,03%
Liquidez Geral	0,49	0,40
Rendibilidade Económica	- 34,92%	-16,62%

Fonte: Elaboração Própria, 2015 com base nas informações presentes no Relatório de Contas (José Mello Saúde, 2013a e 2014a), no Relatório de Qualidade Clínica (José Mello Saúde, 2013b) e nos Relatórios de Sustentabilidade (2013c e 2014b).

Construído o BSC referente ao HCP, podemos analisar o nível de cumprimento dos indicadores estabelecidos para cada perspetiva.

Na perspetiva Processos Internos do Negócio, concluímos **que**:

- A **Taxa de Ocupação de Camas** fica aquém dos valores estipulados como ideais, rondando os 50%, embora tenha registado um reduzido aumento de 2013 para 2014, atingindo 51,33%;
- A **Taxa de Cesarianas** apresenta valores bastante superiores aos recomendados pela OMS, e com tendência crescente de 2013 para 2014, representando cerca de 78% de partos nesta instituição;
- No HCP existe um **Departamento de Auditoria Interna** fazendo parte da Direção Corporativa, pelo que o HCP cumpre este indicador;

Por sua vez, na perspetiva dos clientes, aferimos que:

- O HCP apresenta um **Nº de Médicos *per capita*** bastante inferior à média existente em Portugal Continental. Existem neste hospital menos 1 médico por 1 000 habitantes;
- O **Índice de Readmissões Ajustado pelo Risco** do HCP encontra-se inferior a 1 (0,74 em 2013 e 0,75 em 2014), o que indica que o número de episódios readmitidos no hospital de forma urgente, até 30 dias após a alta e relacionados com o episódio de origem foi inferior face aos que seriam de esperar tendo em conta a gravidade da situação apresentada pelo doente. Os valores apresentados pelo HCP neste indicador encontram-se também abaixo da média portuguesa;

- Na **Classificação do SINAS** o HCP atingiu a pontuação máxima: 5 estrelas;
- O HCP dispõe da utilização dos **Princípios do *Corporate Governance***.

Relativamente à Perspetiva de Aprendizagem:

- O HCP dispõe de **Políticas de Avaliação de Desempenho e Políticas de Incentivos a Colaboradores**;
- A **Área de Formação do Administrador Hospitalar** tem por base a Gestão complementada com uma especialização em Administração Hospitalar;

Por fim, a Perspetiva Económico – Financeira revela que:

- O **RLP** embora apresentando tendência de melhoria de 2013 para 2014, ainda apresenta valores negativos (- 3 993 681,69€);
- O **Grau de Autonomia Financeira** é negativo em cerca de 115% o que revela um elevado grau de dependência de Capitais Alheios do HCP;
- O rácio de **Liquidez Geral** apresenta-se muito próximo de zero, o que indica uma fraca capacidade de pagar o passivo de curto prazo com o ativo de curto prazo;
- A **Rendibilidade Económica** do HCP melhorou significativamente de 2013 para 2014, no entanto, ainda apresenta valores negativos.

3.5 Inquérito por Entrevista

Na tentativa de cruzamento de dados e na aproximação aos hospitais, estes foram contactados com vista à realização de uma entrevista de forma a que possamos perceber os seus procedimentos na temática que está a ser estudada, de uma forma mais completa e pela voz dos mesmos.

3.5.1 Hospital Privado

O Hospital Privado concedeu-nos a disponibilidade da realização de uma entrevista semiestruturada com profissionais da área do Planeamento e da Produção no dia 30 de julho de 2015. A entrevista é composta por sete questões respondidas tal como seguem abaixo:

Questão 1:

- a) Têm a percepção de que a qualidade dos vossos serviços influencia a procura?
- b) de que forma, na vossa opinião, a posse de um Seguro ou Subsistema de Saúde influencia os utentes a optarem pelo vosso em detrimento de um Hospital Público?

Os entrevistados foram perentórios em afirmar que a saúde é um dos bens que as pessoas mais valorizam nas suas vidas, senão o mais importante. Assim sendo, não têm dúvidas quando garantem que as pessoas estão dispostas a pagar mais para obter um melhor cuidado de saúde, ainda mais se esse custo puder ser parcialmente reduzido através de um seguro ou subsistema. Os utentes do Hospital Privado com seguros e subsistemas de saúde, pagam menos no setor privado e, embora continuem a pagar ainda menos no setor público, preferem, segundo os entrevistados, o setor privado.

- c) para além da qualidade, que outro(s) aspeto(s) consideram que os utentes vêm como determinantes na hora de escolha entre setores?

Houve por parte dos entrevistados a exposição do que consideram a definição de “qualidade” no âmbito hospitalar: consideram haver necessariamente uma divisão entre qualidade médica e qualidade de serviços. Com a qualidade médica o Hospital Privado procura ser exímio nos profissionais contratados, assumindo que contratam corpo especializado e considerado de “bandeira”, isto é, profissionais que são reconhecidos pelos serviços prestados na sua área de intervenção. Quando se referem à qualidade de serviços, identificam procedimentos como o bom atendimento do doente, o curto tempo de espera, a tempestividade nas respostas, entre os fatores que sejam orientados para a satisfação e conforto do doente.

Sendo assim pensam que, não obstante serem as duas imprescindíveis, a qualidade clínica se apresenta em primeiro lugar quando comparada com a qualidade de serviços. Outro dos aspetos que consideram que os doentes têm frequentemente em conta é a localização e questões que vão desde os meios de acesso disponíveis à facilidade de estacionamento.

Questão 2:

- a) Quais os serviços mais procurados no Hospital Privado? Consultas Externas? Realização de Exames Médicos? Serviço de Urgência? Obtenção de Segunda Opinião Médica?

Segundo os entrevistados as consultas externas têm o maior peso no volume de serviços prestados por este Hospital Privado, no entanto, as próprias consultas alimentam outras áreas como é o exemplo de por vezes surgir a necessidade de utilização de MCDT. Serve ainda de exemplo da interligação dos serviços prestados a existência de um serviço de urgência 24h/dia que potencia, para além de MCDT, internamentos e posteriores consultas.

Questão 3:

- a) Qual a formação do vosso administrador hospitalar?

O administrador do Hospital Privado tem formação em Gestão e um Curso de Especialização em Administração Hospitalar, possui experiência na área uma vez que exerceu funções ao nível da administração no Hospital Público que nos encontramos a estudar nesta dissertação.

- b) Como vêm essa formação no âmbito da busca de uma maior eficiência e eficácia a nível operacional?

A formação do administrador foi considerada adequada pelos entrevistados. Consideram mais importante a nível de gestão, que seja orientada para a eficiência e para a eficácia, uma formação nessa área e não na vertente médica propriamente dita. Ressalvam a importância de já ter experiência na área.

Questão 4:

- a) É da perceção geral que os hospitais privados apresentam melhor desempenho do que os hospitais públicos. Como se defrontam com esta temática? Concordam?

Os entrevistados concordam com a afirmação e justificam-na. Defendem que a partir do momento em que o utente se dispõe a pagar mais pelo serviço que lhe é prestado, nasce uma obrigatoriedade por parte do hospital em realizar investimentos de forma a proporcionar que o utente “se sinta em casa”. Acrescentam que há uma “verdade” enraizada em Portugal, nomeadamente no que respeita aos serviços de saúde de que a qualidade também se paga. Por isso mesmo o Hospital Privado em questão, para além de abarcar os melhores profissionais como já anteriormente referido, elabora ainda regularmente, inquéritos de satisfação aos utentes, utiliza a figura do cliente mistério, e dispõe de um gabinete que funciona como “provedor do cliente” em que os utentes podem formular tanto sugestões como reclamações.

Questão 5:

a) Como funciona o Sistema de Auditoria Interna dentro do Hospital Privado?

Os entrevistados consideram fulcral a existência de um Sistema de Auditoria Interna.

No caso concreto, o hospital dispõe de um serviço de Auditoria Interna onde diariamente são efetuados procedimentos com vista à melhoria operacional dos serviços. Contudo, os entrevistados não estavam inteirados do funcionamento desse departamento. Apenas acrescentaram que é uma área que faz parte da direção corporativa e está centralizada em Lisboa, embora tenha profissionais a operar no Porto, e trabalhe de uma forma abrangente e geral, dissecando os casos e fazendo um acompanhamento posterior juntamente com as áreas a que se referem os problemas por eles identificados.

Questão 6:

Com base na tabela 40 – *KPI e Fórmulas a Utilizar* – foi questionado sobre a importância dos indicadores aí apresentados e a possibilidade de inserção ou remoção de algum. Os entrevistadores acharam que:

- o nº de cirurgias por cama, não se apresenta um indicador viável já que, segundo os próprios, existem muitas cirurgias em ambulatório e funcionam de forma diferente no setor privado, onde, muitas vezes, os utentes preferem ficar mais alguns dias para ter uma maior proximidade com o médico;
- o nº de consultas efetuadas em ambulatório por médico, não é um bom indicador de comparação já que no privado a grande maioria dos médicos trabalha a tempo parcial e, por vezes a agenda é ajustada à procura. Seria talvez mais correta, na opinião dos entrevistados, a utilização de um indicador que estudasse a quantidade das consultas efetuadas com as que o médico poderia efetivamente ter marcado;
- a quantidade de MCDT realizados por ano, é um bom indicador apenas na medida em que os meios de tratamento se subdividam, isto é, existem MCDT que são realizados quase obrigatoriamente e diariamente e acarretam baixos custos, outros, por sua vez, como o caso

de MCDT na área de medicina nuclear como é o caso da PET/TAC⁸³ acarretam mais tempo de preparação e realização e consequentemente custos mais elevados.

Questão 7:

- a) Do vosso ponto de vista, o que é um hospital com um bom desempenho? Serão mais importantes os resultados económicos ou os resultados das avaliações de desempenho?

Os entrevistados classificaram a questão como sendo de difícil resposta. Consideram que “não há um hospital de sucesso sem qualidade clínica” e esse é um dos grandes pilares do Hospital Privado. Contudo, não se espera que um bom desempenho do ponto de vista operacional seja suficiente por si só, da mesma forma que os bons resultados económicos também não o são. Não obstante, os entrevistados defendem que existe elevada relação entre eles, já que não podemos ter bons resultados operacionais sem que isso nasça de investimento e boa gestão do orçamento hospitalar. O Hospital Privado que estudamos foi criado em 2010, já como anteriormente referido, pelo que ainda não obteve bons resultados económicos, contudo, o esforço nesse sentido pretende tornar rentável a qualidade clínica no médio e longo prazo (MLP) onde já conseguiram atingir um patamar elevado em apenas cinco anos de existência.

3.5.2 Centro Hospitalar de São João

O Centro Hospitalar de São João (CHSJ) concedeu-nos a disponibilidade para a realização de uma entrevista semiestruturada com o Dr. Manuel Amaro Fernandes Ferreira, Administrador Executivo e com a Dra. Carolina Silva, responsável pela área de Auditoria Interna, no dia 10 de setembro de 2015. A entrevista foi composta e respondida tal como segue abaixo:

⁸³ “(...) é uma sofisticada técnica de imagiologia médica que utiliza uma pequeníssima dose de uma substância química radioativa (radiofármaco). Esta substância funciona como um marcador que ajuda a detetar a presença de cancro, traumatismos, infeções ou outras doenças.” – consultado em 2015/07/30 em <https://hmsportugal.wordpress.com/2011/03/29/o-que-e-uma-cintigrafia-para-que-e-usada/>.

Questão 1:

- a) Têm a percepção de que a qualidade dos vossos serviços influencia a procura?
- b) De que forma, na vossa opinião, a posse de um seguro ou subsistema de saúde influencia os utentes a optarem entre o CHSJ e um hospital privado?

Os entrevistados consideram que a qualidade é um fator determinante na hora de escolher o CHSJ em detrimento de qualquer outro hospital privado. No entanto, julgam que o aumento da procura a nível de ambulatório no hospital privado acontece por duas razões. Primeiro pela facilidade de acesso já que, enquanto os hospitais privados têm uma barreira física que se prende com o facto de não receberem utentes indefinidamente, com exceção óbvia da urgência, ou seja, para se chegar a um hospital público é necessário uma referência do centro de saúde e apenas se o médico de família entender essa necessidade. Depois existe uma massificação cada vez mais acentuada de seguros e subsistemas de saúde, “mas sobretudo de seguros, que são cada vez mais acessíveis economicamente, e que permitem ao utente dispor de uma consulta externa em 2/3 dias no privado”, acredita o Dr. Amaro Ferreira. No entanto, os entrevistados afirmam com bastante certeza que haverá sempre um ou outro ato médico que nem um seguro nem um subsistema de saúde se disponibilizarão a pagar e, por vezes, nem o próprio doente terá disponibilidade de o pagar, o que faz com que o público seja apenas a única opção que dispõem.

Questão 2:

- a) Como vêem a formação base (Medicina) do vosso administrador no âmbito da busca de uma maior eficiência e eficácia a nível operacional? E se a formação fosse em Gestão? Seria diferente?

Por imposição legal, e tratando-se de um hospital público, a composição do CA tem que englobar necessariamente um(a) Diretor(a) Clínico (médico/a) e um(a) Enfermeiro(a) Diretor(a), tal como afirmaram os entrevistados. Acrescentando ainda que no tempo dos Hospitais S.A., estas duas figuras não tinham funções executivas, após as alterações com vista à empresarialização, aquando da transformação das S.A. em E.P.E, as suas funções transformaram-se em executivas representando assim a parte mais técnica do conselho. Os entrevistados consideram assim desejável que exista formação em Gestão, no entanto quem está na Gestão Intermédia já tem que dispor dessa formação. Assim, considera o Dr. Amaro Ferreira que “todos temos um pouco de gestores e de loucos” e que “a gestão é também feita

de bom senso”, afirma por isso que o Presidente do Conselho de Administração do CHSJ, mesmo com formação base em Medicina, “pode ser um excelente gestor, e é-lo de facto”. A única coisa que seria impensável, do ponto de vista dos entrevistados, seria um CA apenas constituído por médicos, “o importante é haver coesão na equipa que por sua vez seja multidisciplinar.”

Questão 3:

- a) O que pensa do facto de alguns médicos do CHSJ estarem a trabalhar como médicos de referência no HCP?

Os entrevistados preferiram não comentar esta temática, mesmo assim o Dr. Amaro Ferreira acrescentou que tem a ver com políticas de acumulação de funções com as quais não concorda e que são permitidas por lei, e que por isso o CA não pode recusar a não ser que haja conflito de interesses. O Dr. Amaro Ferreira acrescentou ainda que no que respeita a profissionais de saúde, a acumulação de funções não faz sentido. Considera, exemplificando com o caso específicos dos médicos, que estes profissionais de saúde crescem no público e que mesmo a exercer funções nos setores privados vão sempre continuar a trabalhar no público.

Questão 4:

- a) Dados do inquérito já realizado mostram-nos que é da perceção geral que os hospitais privados apresentam melhor desempenho de que os hospitais públicos. Como se defrontam com esta temática? Concordam?

Os entrevistados consideram que a qualidade em saúde, do ponto de vista do utente, é avaliada principalmente por questões de hotelaria e pela simpatia dos profissionais, defendem que o ato clínico quase, ou nunca é avaliado pelo utente. Exemplificaram com o facto imaginário de um doente que, do ponto de vista clínico, foi tratado com o máximo rigor, no entanto, caso por algum motivo o doente considere que não teve a atenção que achava necessária ou verificou falta de simpatia por parte de algum profissional, isso já são razões suficientes para achar não foi bem atendido. Em jeito de curiosidade o Dr. Amaro Ferreira referiu que existem muito mais reclamações no setor público do que no setor privado, pelo simples facto de que, ao ir ao privado os utentes estão a tomar uma escolha, e como foi aquilo que decidiram não reclamam mesmo que exista algo de errado com o todo

o procedimento desde a sua entrada no hospital até à sua saída. Por outro lado, no público, tendem a reclamar ao mínimo pormenor “por vezes até pela falta de um sorriso”, completa.

Questão 5:

a) Em linhas gerais como funciona o Sistema de Auditoria Interna (SAI) do CHSJ?

A questão foi dirigida à Dra. Carolina já que é a diretora deste departamento. Na sua opinião o SAI do CHSJ é complexo já que, criado em 2010 aquando da criação das EPE, tem vindo a sofrer mudanças significativas para que se torne numa ferramenta cada vez mais importante para a gestão. Este serviço trata de áreas contabilistas, financeiras e de recursos humanos, isto é, trata da vertente mais económico-financeira. Foi implementado com vista à monitorização de riscos e a sugestão de posteriores medidas corretivas, neste momento o hospital alargou as auditorias até à Gestão de Topo. O SAI do CHSJ quer transmitir para os restantes colaboradores que fazem todos parte da mesma organização e que os auditores não estão ali para fiscalizar mas sim para monitorizar e tentar melhorar. Quando se trata de conceitos mais relacionados com a área da saúde a Dra. Carolina explica que existe, dentro do serviço de Epidemiologia, um serviço próprio de auditoria clínica e de procedimentos médicos.

O hospital está, ainda, a implementar Certificações de Qualidade com base na ISO 9001⁸⁴, passaram assim a existir manuais de procedimentos para áreas onde estes eram “dispersos e por vezes dispares”, salienta a Dra. Carolina.

Questão 6:

Com base na tabela 40 – *KPI e Fórmulas a Utilizar* – os entrevistados foram questionados sobre a importância dos indicadores aí apresentados, que acharam adequados, uma vez que tinham em vista a avaliação concreta do desempenho hospitalar. No entanto, afirmaram que existem na área da saúde um sem número de indicadores, pelo que outros poderiam lá ser colocados, mas por outro lado concordaram que isso dependeria da informação que cada hospital envolvido no estudo estivesse aberto em disponibilizar. Referiram o *benchmarking*

⁸⁴ ISO 9000 designa um grupo de normas técnicas que estabelecem um modelo de gestão da qualidade para organizações em geral, qualquer que seja o seu tipo ou dimensão. – Disponível em: <http://www.iso.org/iso/home/standards/benefitsofstandards.htm>, consultado a 2015/09/10.

elaborado pela ACSS e os indicadores lá disponibilizados⁸⁵, no entanto, e com pesar, já que o Dr. Amaro Ferreira considera que “os hospitais públicos deveriam poder competir mais uns com os outros”, admitiram que os dados sobre os quais os indicadores incidem já não se encontram atualizados. Têm a perceção de que caso estivessem a ser disponibilizados dados atuais isso melhoraria a competitividade já que, “ninguém gosta de ficar em último”.

Questão 7:

- a) Do vosso ponto de vista, o que é um hospital com um bom desempenho? Serão mais importantes os resultados económicos ou os resultados operacionais na vertente do desempenho?

Os entrevistados começaram por afirmar que consideram a existência de um SCI (Sistema de Controlo Interno) como uma ferramenta com vista à melhoria do desempenho indispensável em qualquer organização, independentemente da sua natureza ou dimensão. Referindo-se mais concretamente aos hospitais defendem que as áreas de risco são as mesmas na larga maioria dos Hospitais, por isso é que mais recentemente se tem assistido a uma automatização de diversos processos para que o seu controlo seja cada vez mais assegurado. Nesse sentido o departamento de auditoria faz inspeções periódicas sugerindo melhorias e possíveis correções ao Conselho de Administração (CA). Outro dos aspetos que consideram importante é a necessidade de existência de um Sistema de Custeio, informaram-nos que o CHSJ é o primeiro hospital do país que tem neste momento uma integração total de Sistemas de Informação nesta matéria, em que a única intervenção manual é feita pelos serviços hoteleiros e diz respeito a procedimentos, por exemplo, de lavandaria, refeitório, entre outros. Este Sistema faz com que, até dia 10 de cada mês, o hospital tenha conhecimento do custo médio unitário por doente.

No que concerne aos bons resultados clínicos, os entrevistados não têm dúvidas de que são aqueles que mais importam à população em geral, e consideram-nos complementares aos resultados económicos. Foi ainda fundamentado que, caso houvesse livre escolha entre hospitais do setor público, muitos poderiam mesmo ter que fechar, o que não consideram ser o caso do CHSJ.

⁸⁵ Referido inúmeras vezes também ao longo deste estudo.

Para o Dr. Amaro Ferreira: “Os hospitais EPE são empresas e devem ser geridos como tal e em vez de gerarem valor para os acionistas devem gerar valor para os utentes de uma forma economicamente sustentável”. Acrescentou ainda que: “o problema do país é um problema de gestão e não um problema de dinheiro”, considera que, embora o modelo de financiamento não seja o mais adequado, o montante aplicado na saúde é suficiente, apenas está a ser mal gerido. Seja como for, referem que o EBITDA do CHSJ continua, na opinião dos entrevistados, a ser bom comparando com outros hospitais. Acrescentam ainda que o CHSJ já dispõe da incorporação de um BSC e que, seja embora muito generalizado, o hospital já consegue que o seu grau de cumprimento ronde os 98%.

Capítulo IV – Apresentação e Discussão dos Resultados

4.1 Público vs. Privado – 1ª Dimensão

Neste capítulo serão analisadas as hipóteses correspondentes à primeira dimensão do presente estudo:

Tabela 43- Hipóteses - 1ª Dimensão

Hipóteses		Questão(ões)	Base de fundamentação da análise
H₁	O atual estado do sistema de saúde ao nível económico – financeiro no CHSJ apresenta-se com melhores resultados em comparação com o Hospital CUF Porto.	Q₁H₁ e 2 – É um facto que o Hospital Privado apresenta um melhor desempenho ao nível económico – financeiro?	- Análise Económico-Financeira; - Revisão Bibliográfica; - Relatórios dos Hospitais: José Mello Saúde (2013a); José Mello Saúde (2013b); José Mello Saúde (2013c); José Mello Saúde (2014a); José Mello Saúde (2014a); CHSJ (2013a); CHSJ (2013b); CHSJ (2014a); CHSJ (2014b).
H₂	O atual estado do sistema de saúde ao nível económico – financeiro no Hospital CUF Porto apresenta-se com melhores resultados em comparação com o CHSJ.		
H₃	O CHSJ apresenta um melhor desempenho operacional em comparação com o Hospital CUF Porto.	Q₂H₃ e 4 – Será fundamentada a perceção comum de que os hospitais privados apresentam melhor desempenho que um hospital público? Q₃H₃ e 4 – Torna-se mais importante um bom desempenho operacional ou um bom desempenho económico?	- Estudo de Caso; - Relatórios dos Hospitais: José Mello Saúde (2013a); José Mello Saúde (2013b); José Mello Saúde (2013c); José Mello Saúde (2014a); José Mello Saúde (2014a); CHSJ (2013a); CHSJ (2013b); CHSJ (2014a); CHSJ (2014b). - Inquérito por Entrevista; - Análise Económico-Financeira.
H₄	O Hospital CUF Porto apresenta um melhor desempenho operacional em comparação com o CHSJ.		

Fonte: Elaboração Própria, 2015

4.1.1 Hipótese 1 e 2

A H_1 afirma que **o atual estado do sistema de saúde ao nível económico-financeiro no CHSJ apresenta-se com melhores resultados em comparação com o HCP**. Por sua vez a H_2 defende que **o atual estado do sistema de saúde ao nível económico-financeiro no HCP apresenta-se com melhores resultados em comparação com o CHSJ**.

Ribeiro (2004) é perentório ao afirmar que o principal financiamento dos hospitais privados, muito para além de seguros, subsistemas de saúde, e casual investimento dos sócios, são os bons resultados económicos, já que os hospitais privados funcionam como qualquer outra organização com fins lucrativos. No que respeita ao setor público, Barros (2002) afirma que os pagamentos diretos, como é o caso das taxas moderadoras, são a principal fonte de financiamento deste setor a par do Orçamento de Estado. O CHSJ acrescenta ainda como um dos seus principais objetivos a obtenção de proveitos extra Contrato – Programa de forma a diminuir a dependência face ao Estado (CHSJ, 2014).

Supõe-se assim a necessidade quase inquestionável de bons resultados económico – financeiros no setor privado já que essa é a sua principal fonte de financiamento. Surge então a questão:

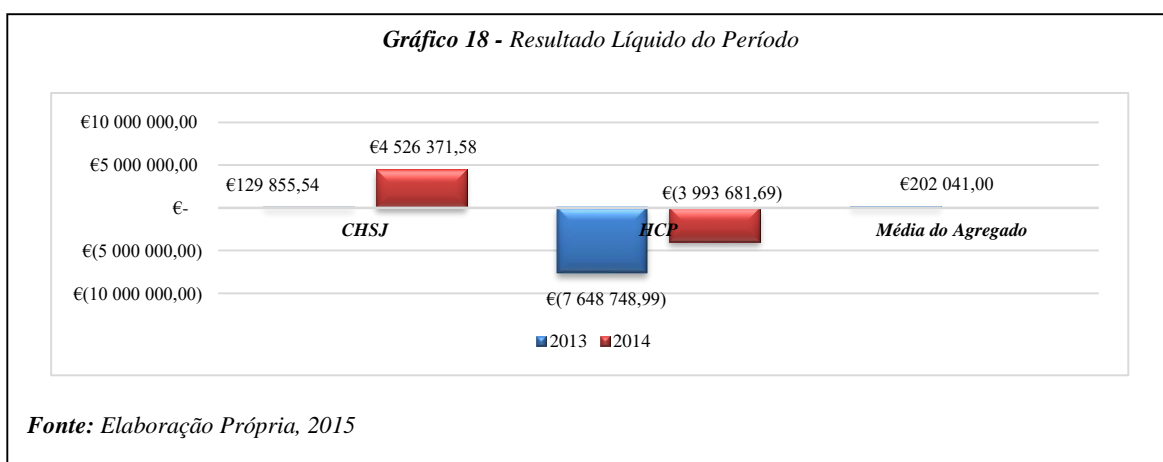
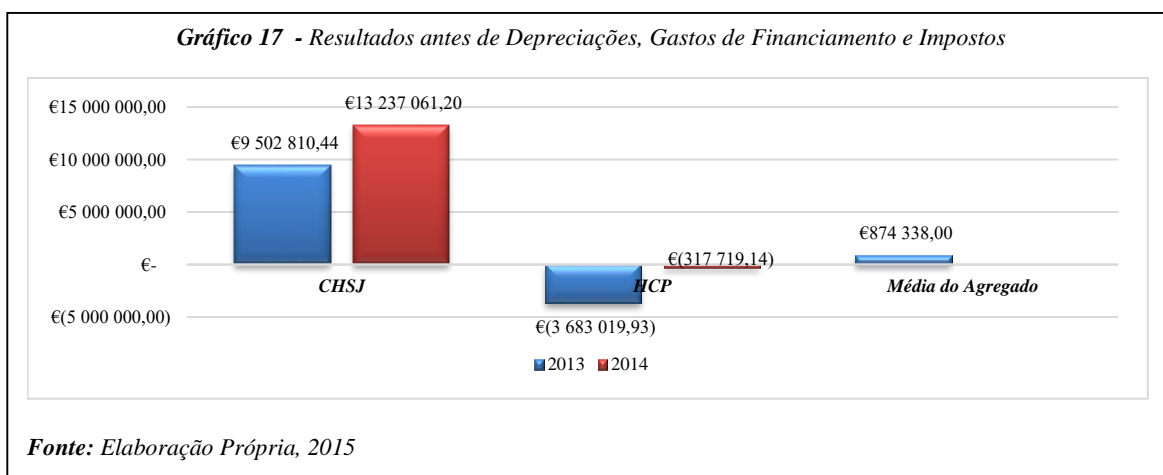
Q1H1 e 2 – É um facto que o Hospital Privado apresenta um melhor desempenho ao nível económico – financeiro?

Tendo em conta a Análise Económico – Financeira já realizada⁸⁶ aos dois hospitais em estudo:

- Podemos afirmar que durante os dois anos em estudo, segundo o Balanço Funcional, o CHSJ apresenta um índice de Tesouraria Líquida positiva, o que indica que o Fundo de Maneio se apresenta suficiente para cobrir as Necessidades do Fundo de Maneio. O motivo pelo qual o Fundo de Maneio se encontra positivo deve-se ao facto das Necessidades Cíclicas serem superiores aos Recursos Cíclicos. Acontece exatamente o inverso quando analisados os dados médios disponibilizados pelo Banco de Portugal referentes a hospitais que operam com o mesmo CAE e quando analisados os dados do HCP, ou seja, a Tesouraria Líquida apresenta valores negativos, já que o Fundo de Maneio foi insuficiente para cobrir as Necessidades do Fundo de Maneio.

⁸⁶ Cf. 3.2 – Análise Económico – Financeira.

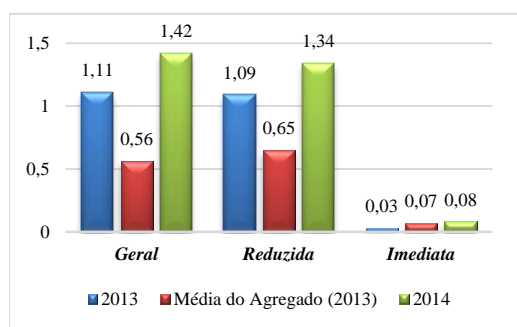
- Os Resultados apresentam a seguinte estrutura:



Os indicadores económico-financeiros estudados, dividem-se em indicadores de três diferentes categorias: Rácios de Liquidez, Rácios de Estrutura Financeira, Rácios de Rendibilidade e Rácios de Atividade:

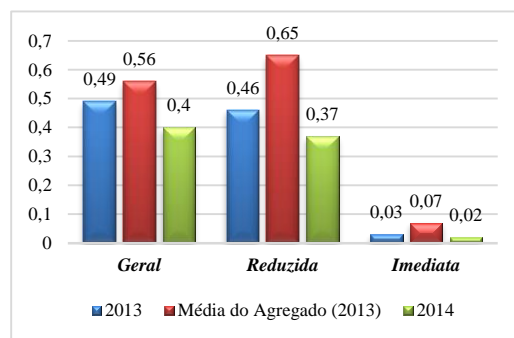
- Os Rácios de Liquidez permitiram concluir que apenas o CHSJ cumpria com as suas obrigações de Curto Prazo, estando mesmo acima da média do agregado em todos os indicadores com exceção do indicador de Liquidez Imediata. Salienta-se ainda que em comparação a 2013, o CHSJ conseguiu um aumento destes indicadores, verificando-se o inverso no HCP;

Gráfico 19- Rácios de Liquidez do CHSJ



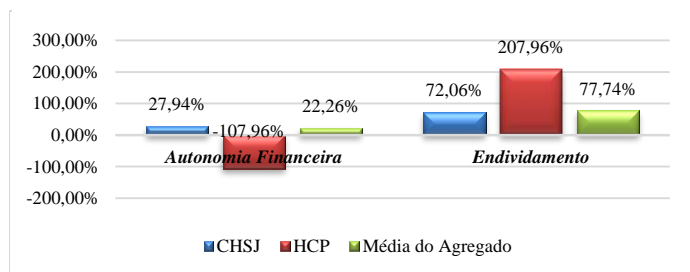
Fonte: Elaboração Própria, 2015

Gráfico 20- Rácios de Liquidez do HCP



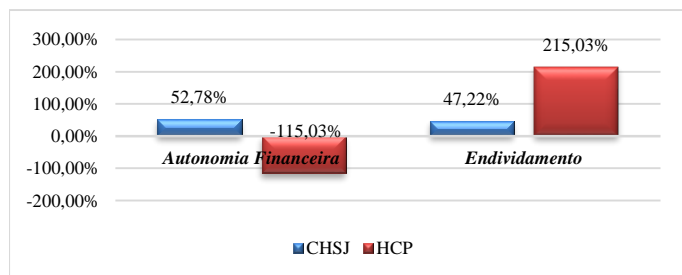
Fonte: Elaboração Própria, 2015

Gráfico 21- Rácio de Autonomia Financeira e Endividamento - 2013



Fonte: Elaboração Própria, 2015

Gráfico 22 - Rácio de Autonomia Financeira e Endividamento - 2014



Fonte: Elaboração Própria, 2015

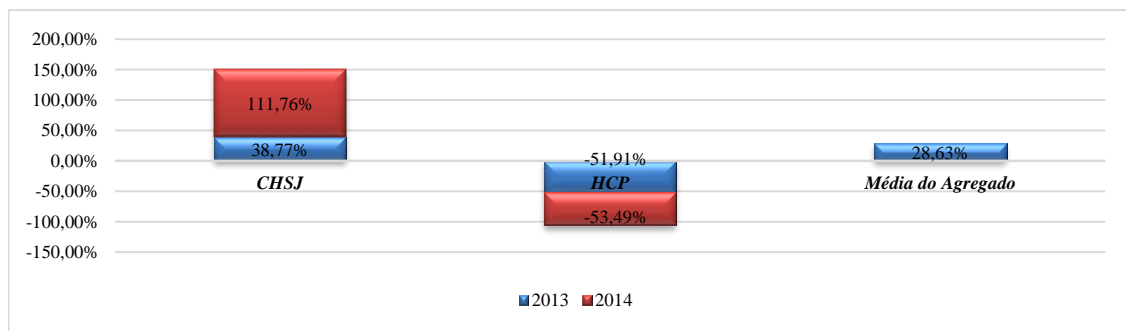
- Os Rácios de Estrutura Financeira apresentaram um Grau de Endividamento dos dois hospitais, em 2013, acima dos 50%, o CHSJ apresenta valores semelhantes a média do agregado, por sua vez o HCP tem um Grau de Endividamento acima de 200%. Em 2014, embora os valores melhorem mantêm-se na mesma linha do que já dito anteriormente.

- O Grau de Solvabilidade permitiu concluir que os dois hospitais em estudo, apresentam em 2013 valores inferiores a 50% o que demonstra

fragilidade e grande dependência dos credores neste ano, o CHSJ situa-se próximo da média, por outro lado o HCP apresenta valores negativos. Em 2014, o CHSJ conseguiu uma melhoria significativa neste indicador, mostrando um aumento da autonomia face aos credores, conseguiu mesmo ultrapassar a meta estabelecida por Leal (2013)⁸⁷. Já o HCP também conseguiu uma melhoria no Rácio de Solvabilidade, embora ainda seja negativo.

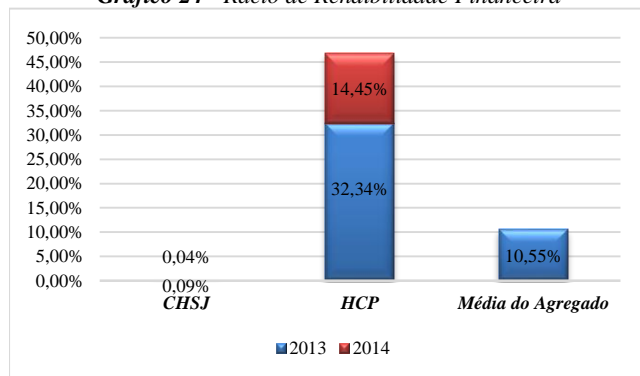
⁸⁷ 50% - cf. 3.1.3.4 Rácios de Estrutura.

Gráfico 23 - Rácio de Solvabilidade



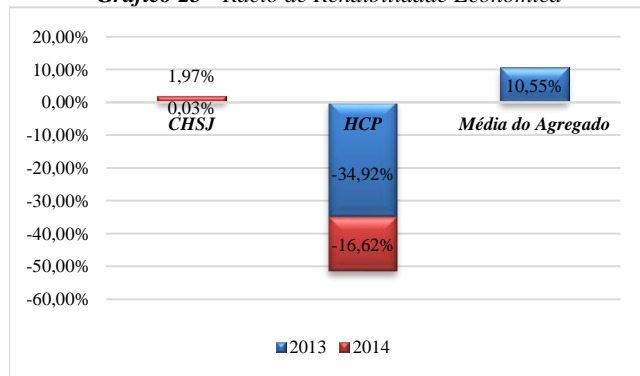
Fonte: Elaboração Própria, 2015

Gráfico 24 - Rácio de Rendibilidade Financeira



Fonte: Elaboração Própria, 2015

Gráfico 25 - Rácio de Rendibilidade Económica

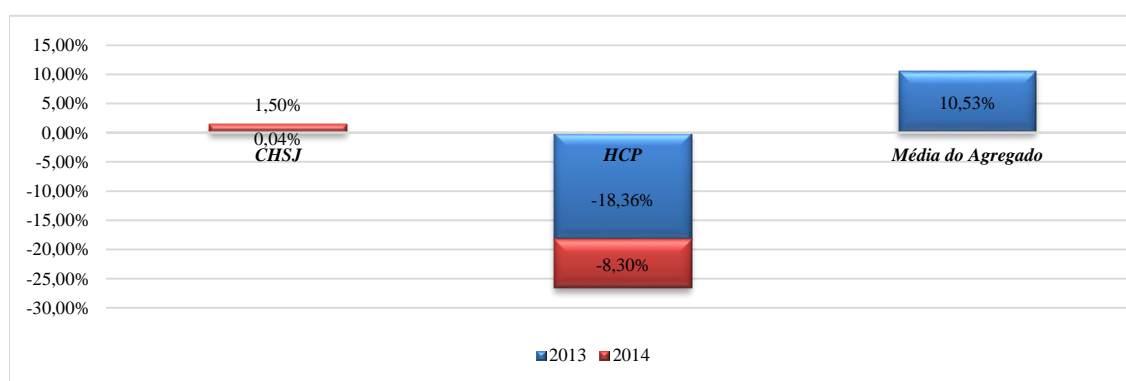


Fonte: Elaboração Própria, 2015

- Os Rácios de Rendibilidade apresentaram resultados variados. Em 2013, a Rendibilidade Financeira no HCP é superior à Média do Agregado, já o CHSJ apresenta resultados próximos de 0. No que respeita à Rendibilidade Económica e à Rendibilidade das Vendas e Serviços Prestados, foi conclusivo que ambos os hospitais têm um desempenho inferior ao da média. Embora a do CHSJ se apresente positiva, é muito próxima de 0, quanto ao HCP o valor da rentabilidade económica apresentado é negativo. Em 2014, a Rendibilidade Financeira dos dois hospitais, embora tenha diminuído, continua nos mesmos pressupostos

que em 2013, ou seja, o HCP apresenta valores elevados. A Rendibilidade Económica e a Rendibilidade das Vendas e Serviços Prestados tiveram um aumento significativo face a 2013, estas rentabilidades atingiram quase 2% no CHSJ e no HCP, embora se mantenham negativas, aumentaram cerca de metade do valor apresentado em 2013.

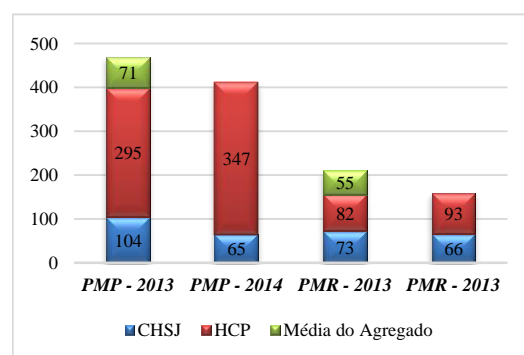
Gráfico 26 - Rácio de Rendibilidade das Vendas e Serviços Prestados



Fonte: Elaboração Própria, 2015

- No que respeita a Rácios de Atividade, em 2013, o Prazo Médio de Recebimentos (PMR) e o Prazo Médio de Pagamentos (PMP), nos dois hospitais, estão afastados da Média do Setor, sendo que o HCP tem os prazos maiores em ambos os indicadores. Em 2014, o CHSJ melhorou o PMP de uma forma acentuada e o PMR de uma forma ligeira. O HCP aumentou os prazos, comparando com o ano de 2013.

Gráfico 27 - Rácios de Atividade



Fonte: Elaboração Própria, 2015

Podemos assim responder à questão colocada, no ano de 2013 e no ano de 2014, e no que diz respeito à amostra utilizada, **o hospital privado não apresenta melhores resultados ao nível económico-financeiro que o hospital público.**

Validamos, portanto, as Hipóteses 1 e 2, atestando a veracidade apenas da Hipótese 1.

4.1.2 Hipótese 3 e 4

A **H₃** atesta que **o CHSJ apresenta um melhor desempenho operacional em comparação com o HCP**. Por sua vez, a **H₄** afirma que **o HCP apresenta um melhor desempenho operacional em comparação com o CHSJ**.

A própria DGS (2012) refere que existem em Portugal assimetrias na saúde que vão desde a distribuição geográfica dos serviços de saúde à distribuição dos recursos humanos.

Carvalho (2013) refere que não é possível abordar a saúde e os cuidados de saúde sem levar em conta conceitos como custo-efetividade, eficácia, eficiência e produtividade no funcionamento das organizações de saúde. Para tal e como já referido várias vezes ao longo do trabalho, utilizaremos o BSC como ferramenta de apoio à análise do desempenho operacional dos hospitais em estudo, já que teremos em conta sobretudo o que defende Carvalho (2013, p.121) “existe uma necessidade nuclear de se passar, em termos de contratualização, do *output* para o *outcome*”, isto é, existe a necessidade de verificar o desempenho de um ponto de vista estratégico, passando dos *outputs* (fazer bem as coisas), para os *outcomes* (fazer as coisas certas).

Kaplan e Inamdar (2002, pp. 179-195)⁸⁸ estudaram a aplicação do *Balanced Scorecard* a instituições prestadoras de cuidados de saúde e definiram as mensurações para cada uma das quatro perspetivas do BSC para este tipo de organizações:

- a) Perspetiva Económico – Financeira: 23%
- b) Perspetiva dos Clientes: 33%
- c) Perspetiva dos Processos Internos e do Negócio: 27%
- d) Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento: 17%

Para cada um dos indicadores, por perspetiva, assumiu-se igual ponderação. Assim, seguem-se as tabelas de análise do desempenho de ambos os hospitais. Primeiro analisaremos os dois hospitais no que refere a 2013 e posteriormente a 2014. Cabe acrescentar que os indicadores: “Número de Reclamações por Cama” e “Taxa de Absentismo” embora apresentados não são tidos em conta por falta de informação do HCP o que faz com que se os utilizássemos para o CHSJ e não para o HCP estaríamos em desigualdade de circunstâncias. O indicador “Área de Formação do Administrador Hospitalar”, não tem mensuração, é aqui colocado para posteriormente responder à questão: **Q4H3 e 4** – Terá a formação do administrador hospitalar influência seu desempenho da organização?.

Os cálculos foram feitos conforme o exemplo: imaginemos que determinado hospital, na perspetiva de processos internos do negócio, cumpriu dois dos três indicadores, o que faz

⁸⁸ Disponível em: <http://www.biomedsearch.com/article/Applying-Balanced-Scorecard-in-healthcare/94510077.html>, consultado a 2015/09/26.

com que o grau de cumprimento nesta perspectiva seja de 18% ($\frac{2}{3} \times 27\%$), e assim sucessivamente.

Tabela 44 - Análise do Desempenho CHSJ 2013

Análise do Desempenho do CHSJ 2013				
KPI		Meta / Objetivo	Cumprimento	Valor
PERSPETIVA DE PROCESSOS INTERNOS DO NEGÓCIO				27%
Taxa de Ocupação de Camas	84,23%	Entre 75% e 85%	✓	
Taxa de Cesarianas por Parto	26,1%	Menos de 25%	✗	
PERSPETIVA DE PROCESSOS INTERNOS DO NEGÓCIO (continuação)				
Número de Reclamações por Cama	1,62 reclamações por cama	-	-	
Existência de Departamento de Auditoria Interna/ Operacional	Sim	Sim	✓	18%
Grau de Cumprimento				
PERSPETIVA DOS CLIENTES				33%
Nº de Médicos <i>per capita</i>	1,3 médicos <i>per capita</i>	Entre 3,2 e 4,3 médicos <i>per capita</i>	✗	
Taxa de Reinternamento Hospitalar	8,5%	7,84%	✗	
Classificação Obtida no SINAS	4 estrelas	≥ 4 estrelas	✓	
Utilização dos Princípios do <i>Corporate Governance</i>	Sim	Sim	✓	
Grau de Cumprimento				16,5%
PERSPETIVA DE APRENDIZAGEM				17%
Existência de Políticas de Avaliação de Desempenho ou Políticas de Incentivos a Colaboradores	Sim	Sim	✓	

PERSPETIVA DE APRENDIZAGEM (continuação)				
Taxa de Absentismo	7,2%	4,5%	-	
Área de Formação do Administrador Hospitalar	Doutoramento: Medicina	-	-	
Grau de Cumprimento				17%
PERSPETIVA ECONÓMICO-FINANCEIRA				23%
Resultado Líquido do Período	129 855,54€	Comparação com HCP	✓	
Grau de Autonomia Financeira	27,94%	> 35%	✗	
Liquidez Geral	1,17	> 1	✓	
Rendibilidade Económica	0,03%	Comparação com HCP	✓	
Grau de Cumprimento				17,25%
GRAU DE CUMPRIMENTO GLOBAL				68,75%

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Pela análise da tabela podemos concluir que o Grau de Cumprimento Global do BSC para o CHSJ no que respeita a 2013 é de 68,75%.

Tabela 45 - Análise do Desempenho do HCP em 2013

Análise do Desempenho do HCP 2013				
KPI		Meta / Objetivo	Cumprimento	Valor
PERSPETIVA DE PROCESSOS INTERNOS DO NEGÓCIO				27%
Taxa de Ocupação de Camas	50,69%	Entre 75% e 85%	✗	
Taxa de Cesarianas por Parto	76,32%	Menos de 25%	✗	
Número de Reclamações por Cama	-	-	-	
Existência de Departamento de Auditoria Interna/ Operacional	Sim	Sim	✓	
Grau de Cumprimento				9%

PERSPETIVA DOS CLIENTES				33%
Nº de Médicos <i>per capita</i>	0,14 médicos <i>per capita</i>	Entre 3,2 e 4,3 médicos <i>per capita</i>	✗	
Índice de Mortalidade Ajustada pelo Risco	0,74	Menor que 1	✓	
Classificação Obtida no SINAS	5 estrelas	≥ 4 estrelas	✓	
Utilização dos Princípios do <i>Corporate Governance</i>	Sim	Sim	✓	
Grau de Cumprimento				24,75%
PERSPETIVA DE APRENDIZAGEM				17%
Existência de Políticas de Avaliação de Desempenho ou Políticas de Incentivos a Colaboradores	Sim	Sim	✓	
Taxa de Absentismo	-	-	-	
Área de Formação do Administrador Hospitalar	Licenciatura: Gestão Especialização: Administração Hospitalar	-	-	
Grau de Cumprimento				17%
PERSPETIVA ECONÓMICO-FINANCEIRA				23%
Resultado Líquido do Período	- 7 648 748,99 €	Comparação com CHSJ	✗	
Grau de Autonomia Financeira	- 107,96 %	> 35%	✗	
Liquidez Geral	0,49	> 1	✗	
Rendibilidade Económica	- 34,92%	Comparação com CHSJ	✗	
Grau de Cumprimento				0%
GRAU DE CUMPRIMENTO GLOBAL				50,75%

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Pela análise da tabela podemos concluir que o Grau de Cumprimento Global do BSC para o HCP no que respeita a 2013 é de 50,75%.

Tabela 46 - Análise de Desempenho do CHSJ em 2014

Análise do Desempenho do CHSJ 2014				
KPI		Meta / Objetivo	Cumprimento	Valor
PERSPETIVA DE PROCESSOS INTERNOS DO NEGÓCIO				27%
Taxa de Ocupação de Camas	85,83%	Entre 75% e 85%	✗	
Taxa de Cesarianas por Parto	26,8%	Menos de 25%	✗	
Número de Reclamações por Cama	1,79 reclamações por cama	-	-	
Existência de Departamento de Auditoria Interna/ Operacional	Sim	Sim	✓	
Grau de Cumprimento				9%
PERSPETIVA DOS CLIENTES				33%
Nº de Médicos <i>per capita</i>	1,3 médicos <i>per capita</i>	Entre 3,2 e 4,3 médicos <i>per capita</i>	✗	
Taxa de Reinternamento Hospitalar	7,9%	< 7,84%	✗	
Classificação Obtida no SINAS	4 estrelas	≥ 4 estrelas	✓	
Utilização dos Princípios do <i>Corporate Governance</i>	Sim	Sim	✓	
Grau de Cumprimento				16,5%
PERSPETIVA DE APRENDIZAGEM				17%
Existência de Políticas de Avaliação de Desempenho ou Políticas de Incentivos a Colaboradores	Sim	Sim	✓	

PERSPETIVA DE APRENDIZAGEM (continuação)				
Taxa de Absentismo	9,1%	4,5%	-	
Área de Formação do Administrador Hospitalar	Doutoramento: Medicina	-	-	
Grau de Cumprimento				17%
PERSPETIVA ECONÓMICO-FINANCEIRA				23%
Resultado Líquido do Período	4 526 371,58 €	Comparação com HCP	✓	
Grau de Autonomia Financeira	52,78%	> 35%	✓	
Liquidez Geral	1,42	> 1	✓	
PERSPETIVA ECONÓMICO-FINANCEIRA (continuação)				
Rendibilidade Económica	1,97%	Comparação com HCP	✓	
Grau de Cumprimento				23%
GRAU DE CUMPRIMENTO GLOBAL				56,59%

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Pela análise da tabela podemos concluir que o Grau de Cumprimento Global do BSC para o CHSJ no que respeita a 2014 é de 56,59%, representando uma ligeira diminuição face a 2013, o que se deve principalmente ao aumento da Taxa de Ocupação de Camas.

Tabela 47- Análise de Desempenho do HCP em 2014

Análise do Desempenho do HCP 2013				
KPI		Meta / Objetivo	Cumprimento	Valor
PERSPETIVA DE PROCESSOS INTERNOS DO NEGÓCIO				27%
Taxa de Ocupação de Camas	51,33%	Entre 75% e 85%	✗	
Taxa de Cesarianas por Parto	77,79%	Menos de 25%	✗	
Número de Reclamações por Cama	-	-	-	
Existência de Departamento de Auditoria Interna/ Operacional	Sim	Sim	✓	
Grau de Cumprimento				9%

PERSPETIVA DOS CLIENTES				33%
Nº de Médicos <i>per capita</i>	0,14 médicos <i>per capita</i>	Entre 3,2 e 4,3 médicos <i>per capita</i>	✗	
Índice de Mortalidade Ajustada pelo Risco	0,75	Menor que 1	✓	
Classificação Obtida no SINAS	5 estrelas	≥ 4 estrelas	✓	
Utilização dos Princípios do <i>Corporate Governance</i>	Sim	Sim	✓	
Grau de Cumprimento				24,75%
PERSPETIVA DE APRENDIZAGEM				17%
Existência de Políticas de Avaliação de Desempenho ou Políticas de Incentivos a Colaboradores	Sim	Sim	✓	
Taxa de Absentismo	-	-	-	
Área de Formação do Administrador Hospitalar	Licenciatura: Gestão Especialização: Administração Hospitalar	-	-	
Grau de Cumprimento				17%
PERSPETIVA ECONÓMICO-FINANCEIRA				23%
Resultado Líquido do Período	- 3 993 681,69 €	Comparação com CHSJ	✗	
Grau de Autonomia Financeira	- 115,03%	> 35%	✗	
Liquidez Geral	0,40	> 1	✗	
Rendibilidade Económica	- 16,62%	Comparação com CHSJ	✗	
Grau de Cumprimento				0%
GRAU DE CUMPRIMENTO GLOBAL				50,75%

No que respeita ao HCP o Grau de Cumprimento Global atingiu 50,75% mantendo-se inalterado.

Feita a análise do BSC referente aos dois hospitais, cabe agora analisar as questões feitas em detrimento das hipóteses 3 e 4.

Q2H3 e 4 – Será fundamentada a percepção comum de que os hospitais privados apresentam melhor desempenho que um hospital público?

A entrevista realizada aos hospitais deixou claro que, tanto o hospital privado, como o CHSJ consideram que os utentes procuram um ou outro setor em função da percepção que têm da sua qualidade. O mesmo foi possível aferir pelo Inquérito por Questionário dirigido aos utentes, onde se verificou que 32% dos inquiridos procuram um ou outro setor em função da qualidade, e 23% em função do custo.

A 7 de abril é celebrado o Dia Mundial da Saúde e, a propósito deste tema, o INE apresentou alguns indicadores sobre a saúde, relativos ao período de 2002-2013, onde se conclui que os portugueses preferem os hospitais privados (INE, 2015).

Contudo, a construção do BSC, permitiu perceber que, embora o CHSJ tenha verificado uma redução no Grau de Cumprimento de 2013 para 2014 (de 68,75% para 56,59%), manteve-se superior ao HCP que teve um Grau de Cumprimento de 50,75% nos dois anos em estudo. Podemos, por isso, afirmar que, tanto em 2013, como em 2014, e tendo em conta os indicadores em estudo, o CHSJ apresenta um melhor desempenho que o HCP.

Posto isto, e generalizando a amostra, o setor público apresenta um melhor desempenho que o setor privado. Pelo que a resposta à questão é não, **não é fundamentada a percepção comum de que os hospitais privados apresentam melhor desempenho que um hospital público.**

Q3H3 e 4 – Torna-se mais importante um bom desempenho operacional ou um bom desempenho económico?

A questão foi colocada no Inquérito por Entrevista tanto ao hospital privado como ao CHSJ. O hospital privado considera uma questão de difícil resposta, contudo, os entrevistados afirmaram que “não há um hospital de sucesso sem qualidade clínica”. Consideram por isso que os resultados operacionais por si só não garantem o sucesso de uma organização, da mesma forma que nenhuma organização subsiste sem bons desempenhos económicos. Defendem, por isso, a necessidade da existência de elevada relação entre os resultados de desempenho operacionais e o resultado de desempenho económico.

Por sua vez os entrevistados do CHSJ afirmaram que consideram indispensável um SCI com vista à melhoria do desempenho. Consideram ainda indispensável um sistema de custeio, para controlo dos custos, sistema em que o CHSJ foi pioneiro na implementação. Os entrevistados são da opinião que os bons resultados clínicos são os que importam à população em geral, contudo, acrescentam que “os hospitais EPE são empresas e devem ser geridos como tal e em vez de gerar valor para os acionistas devem gerar valor para os utentes de uma forma economicamente sustentável”, pelo que é perceptível a opinião de que os resultados económicos e os resultados operacionais se complementam.

Respondendo à questão, tendo em conta os inquéritos por entrevista realizados, podemos afirmar que **os resultados, quer económicos, quer operacionais, se complementam**, não havendo um que seja mais ou menos importante que o outro.

Q4H3 e 4 – Terá a formação do administrador hospitalar influência no desempenho da organização?

No caso concreto em estudo verificamos que o CHSJ apresenta melhor desempenho que o HCP. O administrador do CHSJ tem a sua formação base na área da medicina, e o administrador do HCP na área da gestão. Podemos afirmar que maiores conhecimentos na área da medicina levaram a um melhor desempenho.

Não obstante, no inquérito por entrevista, o Dr. Amaro Ferreira, entrevistado do CHSJ considera mesmo que “todos temos um pouco de loucos, e de gestores” acrescentando que “com um pouco de bom senso todos podemos ser bons gestores”, o que acontece com o administrador do CHSJ, segundo o entrevistado, considera fulcral o apoio que existe ao administrador por parte da gestão intermédia, essa sim, com formação em diversas ciências empresariais. Por sua vez, os entrevistados do hospital privado consideram que uma formação em gestão será a mais adequada no campo da administração hospitalar.

Embora a opinião dos entrevistados convirja no sentido da importância da formação em gestão, quer esteja na gestão de topo ou na gestão intermédia, não são claros quanto à influência da formação do administrador no desempenho, pelo que não podemos tirar conclusões sobre esta questão em concreto.

Contudo, podemos atestar a validade das H₃ e H₄, considerando verdadeira apenas a H₃: **O CHSJ apresenta um melhor desempenho operacional em comparação com o Hospital CUF Porto.**

4.2 Auditoria Operacional – 2ª Dimensão

Neste capítulo serão analisadas as hipóteses correspondentes à segunda dimensão do presente estudo:

Tabela 48 - Hipóteses - 2ª Dimensão

Hipóteses		Questão(ões)	Base de Fundamentação da Análise
H₅	São efetuadas auditorias operacionais regulares no CHSJ.	Q₅H_{5 e 6} - A existência de um Sistema de Auditoria Operacional (SAO) está diretamente relacionada com o desempenho hospitalar em ambos os setores?	- Revisão Bibliográfica; - Relatórios dos Hospitais: José Mello Saúde (2013a); José Mello Saúde (2013b); José Mello Saúde (2013c); José Mello Saúde (2014a); José Mello Saúde (2014a); CHSJ (2013a); CHSJ (2013b); CHSJ (2014a); CHSJ (2014b).
H₆	São efetuadas auditorias operacionais regulares no HCP.		- Estudo de Caso; - Inquérito por Entrevista.

Fonte: Elaboração Própria, 2015

4.2.1 Hipótese 5 e 6

A **H₅** afirma que **são efetuadas auditorias operacionais regulares no CHSJ**. Por sua vez, a **H₆** refere que **são efetuadas auditorias operacionais regulares no HCP**.

Aquando da transformação de Hospitais S.A. em Hospitais E.P.E, a obrigatoriedade da existência de um auditor interno, pode, segundo Arez (2006, p.33): “contribuir em muito para a identificação e resolução de situações que induzam a ineficiência, quer a nível dos fatores de produção, quer a nível administrativo”, por outras palavras o autor defende a mais-valia que um Auditor Interno traz para a organização.

Costa et al. (2006, pp. 202-225) acrescentam que o conceito de auditoria tem vindo a evoluir, justificando que a descoberta de fraudes e irregularidades tem vindo a ceder passo a outros objetivos como a criação de valor, de que é exemplo a CLC.

Muitas são as vozes que se levantam na defesa da existência deste tipo de serviços, até mesmo a União Europeia já interveio no sentido da normalização da atividade de revisão de contas, tomando diversas medidas que serão de implementação obrigatória até 17 de junho de 2016⁸⁹.

No caso concreto da Auditoria Operacional, defende Pinto (1995) que este tipo de auditoria não é nada mais que uma extensão da auditoria interna, aplicada a todos os âmbitos da organização e salienta mais uma vez a sua importância.

As entrevistas permitiram perceber junto dos hospitais a opinião que têm sob a existência destes departamentos e de que forma contribuem para um melhor desempenho da organização. O Hospital Privado foi perentório ao afirmar que considera a existência destes serviços fulcral para a organização, já que dissecam os casos onde os resultados / desempenho sejam menores, fazendo um acompanhamento juntamente com as áreas a que se refere o problema. Por sua vez, o CHSJ considera o SAI uma ferramenta cada vez mais importante de gestão, já que foi implementado com vista à monitorização dos riscos para que posteriormente hajam sugestões de melhorias, de forma a diminuí-lo.

Pelo Estudo de Caso realizado, podemos concluir que ambos os hospitais dispõem de um Sistema de Auditoria Interna e, por isso, não se torna claro se isso influencia o desempenho. Contudo, e respondendo à questão:

Q5H5 e 6 - A existência de um Sistema de Auditoria Operacional (SAO) está diretamente relacionada com o desempenho hospitalar em ambos os setores?

Tendo em conta as entrevistas realizadas e a revisão bibliográfica efetuada, podemos dar uma resposta afirmativa, já que todos os autores que versaram sobre esta matéria e os entrevistados são assertivos ao afirmar a importância deste tipo de auditoria, tanto na mitigação de riscos como no respetivo controlo, contribuindo assim para um aumento do desempenho.

⁸⁹ Cf. 1.5.1 Auditoria Financeira na Saúde.

Assim, podemos afirmar que **a existência de um Sistema de Auditoria Operacional está diretamente relacionada com o desempenho hospitalar em ambos os setores.**

Podemos assim validar a H₅ e H₆ e atestar a sua veracidade.

4.3 Perceção dos Utentes – 3ª Dimensão

Neste capítulo serão analisadas as hipóteses correspondentes à terceira dimensão do presente estudo:

Tabela 49 - Hipóteses - 3ª Dimensão

Hipóteses		Questão(ões)	Base de Fundamentação da Análise
H ₇	A escolha entre o setor público e o privado deve-se ao rendimento disponível das famílias.	Q ₆ H ₇ – Recorrer aos cuidados de saúde do setor privado é, por vezes, uma hipótese posta de parte justificada pelos custos que o caracterizam?	- Revisão Bibliográfica; - Inquérito por Questionário.
H ₈	A escolha entre o setor público e o privado deve-se ao facto dos utentes possuírem seguros ou subsistemas de saúde.	Q ₇ H ₈ – Serão os seguros de saúde e os subsistemas de saúde uma forma de ver o privado como primeira opção?	

Fonte: Elaboração Própria, 2015

4.3.1 Hipótese 7

A H₇ afirma que **a escolha entre o setor público e o privado deve-se ao rendimento disponível das famílias.**

O Inquérito por Entrevista realizado ao Hospital Privado, permitiu concluir que, do ponto de vista do hospital, as pessoas estão dispostas a pagar o que quer que seja necessário para tratar um bem tão elementar como a saúde, esta ideia é ainda defendida por Barros (2014) tal como podemos constatar no Capítulo I. No mesmo capítulo verificamos ainda, segundo Barros e Gomes (2002), que famílias com maiores rendimentos tendem a ter expectativas mais elevadas e a gastar mais dinheiro com a saúde recorrendo ao setor privado. A 7 de abril é celebrado o Dia Mundial da Saúde e, a propósito deste tema, o INE apresentou alguns

indicadores sobre a saúde, relativos ao período de 2002-2013, onde se concluí que os portugueses preferem os hospitais privados (INE, 2015).

A Análise Fatorial atestou que não existe correlação significativa entre o Rendimento do Agregado Familiar e a Procura no Setor Público, por outro lado o Rendimento do Agregado Familiar e a Procura no Setor Privado encontram-se correlacionados significativamente, observamos que à medida que aumenta o Rendimento do Agregado Familiar aumenta também a procura do Setor Privado. O exposto é ainda corroborado pela distribuição das variáveis entre fatores, onde o Rendimento do Agregado Familiar se encontra no mesmo fator que a Procura no Setor Privado.

Concluiu-se ainda que os inquiridos consideram os custos do setor público suportáveis e os custos do setor privado exagerados, contudo na Análise Fatorial tornou-se notório que, à medida que aumenta o Rendimento do Agregado Familiar, a perceção de que os custos do setor privado são elevados, diminui.

Atendendo à questão colocada:

Q6H7 – Recorrer aos cuidados de saúde do setor privado é, por vezes, uma hipótese posta de parte justificada pelos custos que o caracterizam?

O estudo elaborado permitiu concluir que, os utentes associam o serviço privado à qualidade, e, por considerarem os custos do setor elevado, este é mais procurado pelos clientes que possuem um maior rendimento. Por isso, **recorrer aos cuidados de saúde do setor privado é, por vezes, uma hipótese posta de parte justificada pelos custos que o caracterizam.**

Podemos assim validar a Hipótese 7 do presente estudo e atestar a sua veracidade.

4.3.2 Hipótese 8

A H₈ assegura que **a escolha entre o setor público e o privado deve-se ao facto dos utentes possuírem seguros ou subsistemas de saúde.**

Segundo Barros (2014), e tal como já exposto no capítulo I, existem seguros e subsistemas de saúde que angariam parte dos utentes do SNS, com a promessa de qualidade intrínseca no setor privado. Barros (2002) diz mesmo que quem usufrui deste tipo de serviços procura o setor privado em detrimento do público.

A Análise Fatorial permitiu, neste estudo, aferir que a Posse de um Seguro ou Subsistema de Saúde se encontra relacionada apenas com a Procura no Setor Privado, facto justificado pela Matriz de Correlações e pela pertença das três variáveis ao mesmo fator, concluindo que a procura no privado é maior, caso esteja à disposição um destes serviços.

O inquérito por entrevista permitiu tirar as mesmas ilações já que o hospital privado defendeu que a redução de custos associada à posse destes serviços fazem com que os utentes prefiram o privado. Acrescentamos ainda que a preferência pelo privado se deve à perceção dos utentes em que é nesse setor que encontram o serviço com maior qualidade.

Considerando a questão colocada:

Q7H8 – Serão os seguros de saúde e os subsistemas de saúde uma forma de ver o privado como primeira opção?

Atendendo ao já referido sobre a Análise Fatorial podemos afirmar que a posse de um seguro, ou subsistema de saúde só faz aumentar essa procura já que reduz os custos a ela inerente.

Podemos assim validar a Hipótese 8 do presente estudo e atestar a sua veracidade.

Capítulo V – Considerações Finais

5.1 Conclusões

No presente capítulo sintetizamos a análise de hipóteses elaborada no capítulo anterior. Relembramos que o presente estudo encontra-se dividido em três dimensões.

A primeira dimensão – Público vs. Privado – pretende aferir qual dos setores apresenta um melhor desempenho operacional e um melhor desempenho ao nível económico-financeiro.

Concluiu-se que tanto a nível do desempenho operacional, como do desempenho económico, o CHSJ apresenta melhores resultados do que o HCP, contrariando assim a perceção comum de que os hospitais privados apresentam um melhor desempenho do que os hospitais públicos.

Tabela 50 - Verificação Hipóteses - 1ª Dimensão

Hipóteses		Verificação
H ₁	O atual estado do sistema de saúde ao nível económico – financeiro no CHSJ apresenta-se com melhores resultados em comparação com o Hospital CUF Porto.	✓
H ₂	O atual estado do sistema de saúde ao nível económico – financeiro no Hospital CUF Porto apresenta-se com melhores resultados em comparação com o CHSJ.	✗
H ₃	O CHSJ apresenta um melhor desempenho operacional em comparação com o Hospital CUF Porto.	✓
H ₄	O Hospital CUF Porto apresenta um melhor desempenho operacional em comparação com o CHSJ.	✗

Fonte: Elaboração Própria, 2015

A segunda dimensão do estudo pretende aferir a existência de um Sistema de Auditoria Operacional dentro do hospital em estudo de cada setor. Concluimos que os dois hospitais dispõem de um Sistema de Auditoria Interna que versa também sobre a vertente operacional. Contudo, não foi possível verificar se esse serviço influencia o desempenho já que, embora o CHSJ mostre um melhor desempenho que o HCP, os dois dispõem de um serviço de auditoria interna. Sugerimos uma nova pesquisa apenas sobre esta vertente.

Tabela 51 - Verificação das Hipóteses - 2ª Dimensão

Hipóteses		Verificação
H ₅	São efetuadas auditorias operacionais regulares no CHSJ.	✓
H ₆	São efetuadas auditorias operacionais regulares no HCP.	✓

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Por fim, a terceira dimensão deste estudo pretende verificar a percepção e a preferência dos utentes entre cada setor com base nos custos que o caracterizam e na posse de seguros e subsistemas de saúde. Concluímos que, recorrer ao setor privado é uma hipótese posta de parte atendendo à percepção dos custos que os utentes têm deste setor. Da mesma forma que, a existência de um seguro ou subsistema de saúde influencia a procura, fazendo com que a procura no privado aumente caso os utentes disponham destes serviços.

Tabela 52 - Verificação das Hipóteses - 3ª Dimensão

Hipóteses		Verificação
H ₇	A escolha entre o setor público e o privado deve-se ao rendimento disponível das famílias.	✓
H ₈	A escolha entre o setor público e o privado deve-se ao facto dos utentes possuírem seguros ou subsistemas de saúde.	✓

Fonte: Elaboração Própria, 2015

Capítulo VI – Disposições Finais

6.1 Disposições Finais

Apresentadas as conclusões a que chegamos nesta dissertação e, tendo presentes os resultados obtidos, apresentados no Capítulo IV, consideramos que a verificação das hipóteses formuladas, pela resposta às questões que lhe estão subjacentes, foi alcançada. No entanto, ao longo deste processo, encontramos um conjunto de entraves que não nos possibilitaram analisar com profundidade determinados aspetos, pelo que, apresentamos nos pontos seguintes as principais limitações encontradas e sugestões para investigações futuras, que complementem esta investigação.

6.2 Limitações de Investigação ao Estudo

A obtenção de dados por parte dos hospitais tornou-se na maior luta para a realização da investigação, a limitação à informação disponível apenas nos relatórios de gestão dificultou a criação dos BSC. O facto do HCP estar integrado no Grupo José Mello Saúde dificultou ainda mais a obtenção de dados já que os relatórios eram maioritariamente elaborados com valores globais e não por unidade.

6.3 Sugestões para Investigações Futuras

- Análise do Desempenho Operacional Hospitalar por serviços;
- Análise do Desempenho Operacional de Hospitais que se apresentam como PPP;
- Comparação entre o desempenho da globalidade de hospitais privados em determinada região, com o maior hospital público dessa região;
- Análise da influência da existência de Sistemas de Auditoria Interna no desempenho hospitalar global.

Referências Bibliográficas

ACSS. (2007). *Manual de Auditoria Interna dos Hospitais – Parte I*. PriceWaterHouseCoopers.

ACSS. (2014a). *Revisão de Categorias de Isenção e Atualização de Valores das Taxas Moderadoras*. Lisboa: Ministério da Saúde.

ACSS. (2014b). *Contrato – Programa 2015. Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

ACSS. (n.d). *Ferramenta de Benchmarking / Hospitais EPE e PPP*. Acedido a 2015/08/27, disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20Benchmarking_PR.PDF

ACSS. (n.d). *Ferramenta de Benchmarking / Hospitais EPE e PPP*. Acedido a 2015/08/27, disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20Benchmarking_PR.PDF

ACSS. (n.d). *Ferramenta de Benchmarking / Hospitais EPE e PPP*. Acedido a 2015/08/27, disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20Benchmarking_PR.PDF

AMARAL, H., IQUIAPAZA, R., TOMAZ, W. e BERTUCCI, L. (2008). *Corporate Governance and the release of annual financial statements*. Contab. Vista e Revista. Vol. 19. pp. 61-82.

ARAH, O., WESTERT, G., HURST, J. E KLAZINGA, N. (2006). *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*. International Journal for Quality in Health Care. pp 5-13.

ARAÚJO, I. P. S. (2004). *Introdução à Auditoria Operacional*. (2ª Ed.). Rio de Janeiro: FGV Editora.

AREZ, N. (2006). *A transformação dos hospitais em entidades públicas empresariais*. Revista TOC. Vol. 75. pp 31-33.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE HOSPITALIZAÇÃO PRIVADA (2011). *Hospitais Privados: Parceiros de referência na saúde dos Portugueses*. Disponível em:

http://www.aphp-pt.org/attachments/article/33/aphp_brochura_f_lowduplas_a.pdf,
consultado a 2015/02/03

BARDIN, L. (2006). *Análise de conteúdo*. (Lanç. 1977) Lisboa: Edições 70.

BARROS, P. P. & Gomes, J. (2002). *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa: GANEC.

BARROS, P. P. (2013). *Pela sua saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

BARROS, P. P. (2014). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina Editora.

BENNINGTON, L. (2010). *Review of the corporate and healthcare governance literature*. Int J Health Plann Manage. Vol. 16 (2). pp 314-333

BERGAMINI, R. L. E SECCHI, L. (2014). *Modelo de avaliação da gestão de hospitais públicos com base na auditoria operacional*. IPAI N°55. pp.13-30.

BOGDAN, R. e BIKLEN. S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora

BORGES, F. K., SOLIMAN, F., PIRES, D. O, SELIGMAN, R., (2008). *Reinternação Hospitalar precoce: Avaliação de um indicador de qualidade assistencial*. 28. pp 147-152

BRINK, P. J. (1991). *Issues of reliability and validity. Qualitative nursing research. A contemporary dialogue*. Newbury Park: Sage Publications. pp 164-187

CALDWELL, K., HENSHAW, L. e TAYLOR, G. (2005). *Developing a framework for critiquing health research*. J. Health Soc. Environ. Issues. N°6.

CAMPOS, A. C. (2003). *Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 21. pp. 23-33.

CARMO, H. e FERREIRA, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

CARVALHO, M. J. (2013). *Gestão da Saúde em Portugal: Uma década perdida*. Porto: Vida Económica.

CHIAVENATO, I. (2004). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier.

CHIZZOTTI, A. (2011). *Pesquisa qualitativa em ciências sociais e humanas*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes

CHSJ - Centro Hospitalar De São João (2013a). *Relatório & Contas 2013*. Disponível em: https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/179/R_C_2013.pdf, consultado a 2015/05/01

CHSJ – Centro Hospitalar de São João (2013b). *Relatório de Boas Práticas e Governo Societário*. Disponível em: https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/153/Relatorio_GOV Societario_2013.pdf, consultado a 2015/09/05

CHSJ – Centro Hospitalar De São João (2014a). *Relatório & Contas 2014*. Disponível em: [http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/244/R_C_2014_FINAL com ass ERRATA_25.05.2015.p df](http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/244/R_C_2014_FINAL_com ass ERRATA_25.05.2015.pdf), consultado a 2015/09/05

CHSJ – Centro Hospitalar de São João (2014b). *Relatório de Boas Práticas e Governo Societário*. Disponível em: http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/241/Relatorio_Governo Societ rio_2014.pdf, consultado a 2015/09/05

CLARK, L. (1992). *Qualitative Research: Meaning and language*. Journal of Advanced Nursing History. Nº2. pp 243-252

COMISSÃO EUROPEIA. (2005). *Como funciona a União Europeia? Guia das Instituições da União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

CORREIA, T. (2011). *New Public Management in the Portuguese Health Sector: a comprehensive reading*. Revista da Associação Portuguesa de Sociologia nº 2. pp 573 – 597

CORTEZ, I. (2010). *Desigualdade no acesso aos Cuidados de Saúde Primários – a outra face das USF*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol. 26. pp 189-194.

COSTA, A., PEREIRA, J., BLANCO, S. (2006). *Auditoria no Setor Público no Contexto da nova gestão pública*. Revista de Estudos Politécnicos, 5. pp. 201- 225.

COSTA, C.; COSTA, F. L. e LOPES, S. (2010). *Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (internamento) em Portugal Continental*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa.

CURRY, L. A., SHIELD, R. R. e WETLE, T. T. (2006). *Improving aging and public health research: Qualitative and mixed methods*. 1st Ed. Washington D. C.: American Public Health Association.

DEIGHAN, M., & BULLIVANT, J. (2006). *A Integrated Governance Handbook: A Handbook for Executives and Non-executives in Healthcare Organisations*. Department of Health.

DELGADO, M. (1999). *O presente e o futuro dos hospitais portugueses: Algumas notas para reflexão*. Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

DELLOITE (2011). *Saúde em Análise: Uma Visão para o Futuro*. Disponível em: [http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf), consultado a 2014/11/05

DELLOITE (2013). *Guia Prático para os Comitês de Auditoria*. Disponível em: <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/br/Documents/risk/Guia-Governanca-Corporativa.pdf>, consultado a 2014/11/08

DENZIN, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw-Hill.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE 2012 – 2016 (2012). *2º Perfil de Saúde em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

DUHAMEL, F., & FORTIN, M. (2003). *Os Estudos do Tipo Descritivo*. In *O Processo de Investigação - da conceção à realização*. 3.^a ed. pp. 161-172. Loures: Lusociência.

EASTERBY-SMITH., M; THORPE, R. e LOWE, A. (1991). *Management Research: An Introduction*. Londres: Sage Publications.

Economia in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora, 2003-2014. [consult. 2014-11-29 22:31:24]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/economia>

Eficácia in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora, 2003-2014. [consult. 2014-11-30 16:14:08]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/eficácia>

Eficiência in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora, 2003-2014. [consult. 2014-11-29 23:15:21]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/eficiência>

ERS - ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. (2013a). *Entidade Reguladora da Saúde – SINAS*. Em: <https://www.ers.pt/pages/118>, consultado a 2015-07-15

ERS – ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. (2013b). *Sistema de Gestão de Reclamações da ERS. Narração Estatística. Ano de 2013. Setor Público*. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1001/2013_Relat_rio_Anual_REC_s_Publ_ico.pdf consultado a 2015/08/31

ERS – ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. (2013c). *Sistema de Gestão de Reclamações da ERS. Narração Estatística. Ano de 2013. Setores Privado e Social*. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1002/2013_Relat_rio_Anual_REC_s_Priv_Soc.pdf consultado a 2015/08/31

EU-OSHA – EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. (2014). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*. Luxemburgo: European Risk Observatory. Disponível em: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks, consultado a 2015/09/03

EUROFOUND – EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. (2010a). *Absence From Work*. Disponível em: http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn0911039s/tn0911039s.pdf, consultado a 2015/09/08

EUROFOUND – EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. (2010b). *Plan to introduce collective performance incentives in civil service*. Disponível em: <http://www.eurofound.europa.eu/printpdf/observatories/eurwork/articles/working-conditions/plan-to-introduce-collective-performance-incentives-in-civil-service>, consultado a 2015/09/26

FERREIRA, A. (2014). *Reforma do Sistema de Saúde: A minha visão*. Vila do Conde: Verso da História Editora

FERREIRA, M. M. F. (2005). *Empenhamento Organizacional de Profissionais de Saúde em Hospitais com Diferentes Modelos de Gestão*. Tese de doutoramento em Ciências Empresarias, área de Organização e Políticas Empresariais. Universidade do Minho. Braga. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/4383>, consultado a: 2015/09/22

FIELD, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2ª Edition). London: SAGE Publications Ltd.

FORTIN, M. (1996). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Paris: Décarie Éditeur.

FURTADO, C. e PEREIRA, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova.

GHIGLIONE, R. e MATALON, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora

GIBBONS, L.; BÉLIZAN, J. M.; LAUER, J. A; BETRÁN, A. P.; MERIALDI, M. e ALTHABE, F. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. World Health Report. Background Paper nº 30

GODDARD, M., SMITH, P. (2001). *Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK*. Social Science and Medicine Vol.53 pp.1149-62.

HALLER, E. (1986) *Avaliação de desempenho operacional – Estabelecimento e Administração de uma auditoria operacional*. São Paulo: PriceWaterhouseCoopers.

- HARFOUCHE (2008). *Hospitais Transformados em Empresas Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa
- HOFFMAN, D., e BATESON, J. (2003). *Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos*. São Paulo: Thomson Pioneira
- HOMBURG, C. e FÜRST, A. (2005). *How Organizational Complaint Handling Drives Customer Loyalty: An Analysis of the Mechanistic and the Organic Approach*. Journal of Marketing. N°69. pp 95-114
- HOOD C. (1991). *A management for all seasons?*. Public Administration. Vol. 69. N°1. pp. 93-109.
- IASIST (2012). *Benchmarking Clínico. Estudo comparativo entre Grandes Hospitais Universitários Ibéricos*. Disponível em: <http://jpn.up.pt/pdf/estudohospitaisuniversitarios.pdf>, consultado a 2015/09/25
- JAGELS, M. G., e COLTMAN, M. M. (2004). *Hospitality management accounting*. 8ª Ed. Nova York: Wiley.
- JENSEN, M. e MECKLING, W. (1976). *Theory oh the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure*. Journal of Financial Economics. v. 3. nº 4. pp. 305 – 360.
- JOHNSON, R. B. e ONWUEGBUZIE A. J., TURNER L. A. (2007). *Toward a Definition of Mixed Methods Research*. J. Mix. Methods Res. N° 1. pp 112-133.
- LEVIN, J. S., GLASS, T. A., KUSHI, L. H., SCHUCK, J. R., STEELE, L. e JONAS, W. B. (1997). *Quantitative methods in research on complementary and alternative medicine*. Med. Care 35. pp 1079-1094.
- LICHTIG, L. K. (1986). *Hospital Information Systems for Case Mix Management*. Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- LOVELOCK, C. e WRIGHT, L. (2001). *Serviços: Marketing e Gestão*. São Paulo: Saraiva
- LUDKE, M. e ANDRÉ, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária.

MAJOR, M. e MAGALHÃES, A. (2013). *Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses*. São Paulo: Revista de Administração, v. 49, n. 3, pp.476-490.

MATOS, L. e RAMOS, I. (2009). *Medir para Gerir: O Balanced Scorecard em Hospitais*. Lisboa: Edições Silabo

MIKLÓS, R. (2011). *What makes a New Public Management reform successful? An institutional analysis*. Budapeste: Cornivus University of Budapest.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011). *Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança*. Governo de Portugal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013). *O sistema de saúde além de 2014*. Lisboa: Governo de Portugal.

NABAIS, C. (1997). *Análise de Balanços*. 4ª Ed., Lisboa: Editorial Presença.

NABAIS, C. e NABAIS, F. (2010). *Prática Contabilística*. Lisboa: Lidel

NERO, C. R. D. (2002). *O que é a economia da saúde?*. (3ª Ed.). Brasília: IPEA.

NEVES, J. C. (2006). *Análise Financeira – Técnicas Fundamentais*. 12.ª Ed. Lisboa: Texto Editora.

NEVES, M. S. e DIAS, A. I. J. (2006). *Hospitais SA/EPE: a procura de um modelo*. Revista Portuguesa de Gestão e Saúde. Nº0. pp. 6 - 15

NICHOLLS, C. (2011). *The Advantages of using Qualitative Research Methods*. Alexander Technique College, pp. 1-9.

OBRIST, B., ITEBA, N., LENGELER, C., MAKEMBA, A., MSHANA, C., NATHAN, R. (2007) *Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action*. PLoS Medicine. Vol. 4. pp 1584-1588.

OCDE - Organização Para A Cooperação E Desenvolvimento Económico (2004). *Os princípios da OCDE sobre o Governo das Sociedades*. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Disponível em:

<http://www.oecd.org/daf/ca/corporategovernanceprinciples/33931148.pdf>, consultado a 2015/02/10

OCDE – Organização Para A Cooperação E Desenvolvimento Económico (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>, consultado a 2015/09/02

OCDE – Organização Para A Cooperação E Desenvolvimento Económico (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality – Portugal – Raising Standards*. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Review-of-Health-Care-Quality-Portugal-Executive-Summary.pdf>, consultado a 2015/08/25.

OPSS - Observatório Português De Sistemas De Saúde. (2003). *Saúde - que ruturas?* - OPSS - Relatório Primavera.

OPSS - Observatório Português Dos Sistemas De Saúde. (2009). *10 Anos de Observatório Português de Sistemas de Saúde, o que mudou?* - OPSS - Relatório Primavera.

OPSS - Observatório Português Dos Sistemas De Saúde. (2015). *Acesso aos Cuidados de Saúde. Um Direito em Risco?* – OPSS – Relatório de Primavera.

PEDROSA, A. C. e GAMA, S. M. A. (2004). *Introdução Computacional à Probabilidade e Estatística*. Porto: Porto Editora.

PEREIRA, A. (1999). *SPSS – Guia Prático de Utilização. Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.

PESTANA, M. e H. GAGEIRO, N. J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. 5ª Edição, Lisboa: Edições Sílabo.

PINHEIRO, J. L. (2008). *Auditoria Interna. Manual prático para Auditores Internos*. Lisboa: Rei dos Livros.

PINTO, M. V. (1995). *Princípios de Auditoria Operacional*. Lisboa: S.P.B Livresiros.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012 -2016 (2014). *Roteiro de Intervenção para a Governação em Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

POLLITT, C.; VAN THIEL, S. E HOMBURG, V. (2007). *New Public Management in Europe*. European School of Management – Management Online Review

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Paris: Dunod.

REICHARDT, C. S. e COOK, T. D. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos em investigación evaluativa*. Madrid: Ediciones Morata

REIS, V. P. (2004). *A intervenção privada na prestação pública: da expansão do Estado às parcerias público-privadas*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 4. pp. 121-136

RIBEIRO, C. M. S. (2008). *O controlo de gestão nas unidades de saúde: O Balanced Scorecard*. TOC nº100. pp. 61-66

RIBEIRO, J. M. (2004). *Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.4. pp. 65-77.

RICKETTS T, GOLDSMITH L. (2005). *Access in health services research: The battle of the frameworks*. Nursing Outlook. Vol. 53. pp 274-280.

SANTIAGO, J. M. (1999). *Used the Balanced Scorecard to improve the quality of behavioral health care*. Psychiatric Services. Vol.50. pp 1571-1576

SCHEDLER, K. e PROELLER, I. (2002). *The New Public Management. A prespective from mainland Europe*. In: McLaughlin, K., Osborne, S. P. e Ferlie E.: *New Public Management: current trends and future prospects*. New York: Routlegde. pp. 163-180.

SHLEIFER, A. e VISHNY R. W. (1997). *A Survey of Corporate Governance*. The Journal of Finance. Vol. II. pp. 737-783

SILVA, A. A. e OLIVEIRA, E. (2009). *Gestão de Pessoas: Uma abordagem sobre os programas de incentivos nas organizações*. Revista Saber Académico nº7. pp. 214-216.

SILVA, A. S., VITORINO, A., ALVES, C. F., CUNHA, J. A, MONTEIRO, M. A. (2006). *Livro Branco sobre Corporate Governance em Portugal*. Lisboa: Instituto Português de Corporate Governance.

SILVA, C. R., GOBBI, B. C., e SIMÃO, A.A. (2005). *O Uso da Análise de Conteúdo como uma Ferramenta para a Pesquisa Qualitativa: Descrição e Aplicação do Método*. Disponível em: http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/44035/2/revista_v7_n1_jan-abr_2005_6.pdf, consultado a 2015/02/26

SILVA, E. S. (2013). *Gestão Financeira: Análise de Fluxos Financeiros*. 5ª Ed. Porto: Vida Económica

SIMÕES, J. A. (2004a). *As parcerias público privadas no sector da saúde em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 4. pp. 69-90.

SIMÕES, J. A. (2004b). *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina Editora.

SIMÕES, J. A. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso comentado*. Coimbra: Almedina Editora.

SOUSA-PINTO, B., GOMES, A. R., OLIVEIRA, A., IVO, C., COSTA, G., RAMOS, J., SILVA, J., CARNEIRO, M. C., DOMINGUES, M. J., CUNHA, M. J., COSTA-PEREIRA, A., FREITAS, A. (2013). *Reinternamentos Hospitalares em Portugal na Última Década*. Acta Médica Portuguesa 2013. novembro – dezembro. Vol.26. pp. 711-720.

TALBOT, L. A. (1995). *Principles and practice of nursing research*. St. Luis: Mosby

TOBIN, G. A. e BEGLEY, C. M. (2004). *Methodological issues in nursing research: methodological rigour within a qualitative framework*. J. Adv. Nurs. Nº 48. pp 388-396.

TRIBUNAL DE CONTAS (1999). *Manual de Auditoria e de Procedimentos*. Tribunal de Contas. Vol. 1. Lisboa. pp. 9 e 25, disponível em: <http://www.tcontas.pt/actos/manual/Manual.pdf>.

TRIBUNAL DE CONTAS (2006). *O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE*.

TRIBUNAL DE CONTAS (2009). *Auditoria ao Programa de Parcerias Público-Privadas da Saúde - Primeira Vaga de Hospitais*.

TUCKMAN, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação*. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

WESTERT, G. P.; LAGOE, R. J.; KESKIMAKI, I.; LEYAND, A. & MURPHY, M. (2002). *An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA*. Health Policy, 61. pp. 269-278.

WHO - World Health Organization. (2002). *The Role of the private sector and privatization in european health systems*. Regional Comitté for Europe. pp. 16-19.

WHO - World Health Organization. (2010). *External Evaluation of the Portuguese National Health Plan (2004-2010)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO – World Health Organization. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Suíça: Department of Reproductive Health and Research

WONG, P. W. (2014). *A snap shot on qualitative research method*. Academic Journal. Vol. 9. pp. 130-140

YIN, R. K. (2003). *Applications of case study research*. 2nd Ed. London: Sage Publications

YIN, R. K. (2009). *Case Study Research: design and methods*. 4th Ed. USA: Sage Inc.

YIN, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. New York: The Guildford Press

ZELMAN, W. N.; GEORGE, H. P. e MATTHIAS, C. B. (2003). *Use of the Balanced Scorecard in Health Care*. Journal of Health Care Finance. Vol. 29. pp 1-16

Sites Consultados

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2013). *Balanced Scorecard*. Disponível em: <http://healthit.ahrq.gov/health-it-tools-and-resources/workflow-assessment-health-it-toolkit/all-workflow-tools/balanced-scorecard>, consultado em 17/01/2015

CORREIA, S.I. S. (2014). *Qual o desempenho económico-financeiro da minha empresa?*. Disponível em: <http://rpc.informador.pt/artigos/E199.0106/Qual-o-desempenho-economico-financeiro-da-minha-empresa>, consultado a 2015/08/24

INE – Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Dia Mundial da Saúde*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=226393315&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt, consultado a 2015/09/26

PORDATA (2014). *Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB*. Em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saude+em+percentagem+do+PIB-610>, consultado a 2015-01-10

Legislação / Normativo

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (1976)

IFAC - International Federation of Accountants. (2012). *Apoio da IFAC a um conjunto único de normas de auditoria: auditorias de pequeno e médio porte*. Disponível em http://www.ibracon.com.br/downloads/pdf/policyPositionPaper_2_Final.pdf, acedido 2015/09/25

INTOSAI (2005). *Diretrizes para aplicação de normas de auditoria operacional do INTOSAI*. Salvador: Tribunal de Contas do Estado da Bahia.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (1989)

DECRETO-LEI nº 101/1980, de 8 de maio. *Diário da República* nº 106. I Série.

DECRETO-LEI nº 133/2013, de 3 de outubro. *Diário da República* nº 191. I Série.

DECRETO-LEI nº 141/2006, de 27 de julho. *Diário da República* nº 144. I Série.

DECRETO-LEI nº 157/2013, de 12 de novembro. *Diário da República* nº 219. I Série.

DECRETO-LEI nº 180/2008, de 26 de agosto. *Diário da República* nº 164. I Série.

DECRETO-LEI nº 183/2008, de 4 de setembro. *Diário da República* nº 171. I Série.

DECRETO-LEI nº 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República* nº 191. I Série – A.

DECRETO-LEI nº 188/2003, de 20 de agosto. *Diário da República* nº 191. I Série – A.

DECRETO-LEI nº 203/2008, de 10 de outubro. *Diário da República* nº 197. I Série.

DECRETO-LEI nº 208/2009, de 6 de outubro. *Diário da República* nº 193. I Série.

DECRETO-LEI nº 21/2010, de 24 de março. *Diário da República* nº 58. I Série.

DECRETO-LEI nº 233/2005, de 29 de dezembro. *Diário da República* nº 249. I Série A.

DECRETO-LEI nº 238/2012, de 31 de outubro. *Diário da República* nº 211. I Série.

DECRETO-LEI nº 244/2012, de 9 de novembro. *Diário da República* nº 217. I Série.

DECRETO-LEI nº 255/2008, de 20 de novembro. *Diário da República* nº 226. I Série.

DECRETO-LEI nº 27/2009, de 27 de janeiro. *Diário da República* nº 18. I Série.

DECRETO-LEI nº 30/2011, de 2 de março. *Diário da República* nº 43. I Série.

DECRETO-LEI nº 300/2007, de 28 de agosto. *Diário da República* nº 164. I Série.

DECRETO-LEI nº 303/2009, de 22 de outubro. *Diário da República* nº 205. I Série.

DECRETO-LEI nº 318/2009, de 2 de novembro. *Diário da República* nº 212. I Série.

DECRETO-LEI nº 326/2007, de 28 de setembro. *Diário da República* nº 188. I Série.

DECRETO-LEI nº 44/2012, de 23 de fevereiro. *Diário da República* nº 39. I Série.

DECRETO-LEI nº 48357/1968, de 27 de abril. *Diário do Governo* nº 101. I Série.

DECRETO-LEI nº 486/1999, de 13 de novembro. *Diário da República* nº 264. I Série.

DECRETO-LEI nº 487/1999, de 16 de novembro. *Diário da República* nº 267. I Série – A.

DECRETO-LEI nº 50-A/2007, de 28 de fevereiro. *Diário da República* nº 42. I Série. 2º Suplemento

DECRETO-LEI nº 50-B/2007, de 28 de fevereiro. *Diário da República* nº 42. I Série. 2º Suplemento

DECRETO-LEI nº 558/1999, de 17 de dezembro. *Diário do Governo* nº 148. I Série – A.

DECRETO-LEI nº 558/2009, de 17 de dezembro. *Diário da República* nº 292. I Série – A.

DECRETO-LEI nº 67/2011, de 2 de junho. *Diário da República* nº 107. I Série.

DECRETO-LEI nº 69/2013, de 17 de maio. *Diário da República* nº 95. I Série.

DECRETO-LEI nº 86/2003, de 26 de abril. *Diário da República* nº 97. I Série – A.

DECRETO-LEI nº 71/2010, de 18 de junho. *Diário da República* nº 117. I Série – A.

DECRETO-LEI nº 93/2005, de 7 de junho. *Diário da República* nº 249. I Série.

DECRETO-LEI nº 177/2015, de 25 de agosto. *Diário da República* nº 165. I Série.

DESPACHO NORMATIVO nº 9/2006, de 16 de fevereiro. *Diário da República* nº 34. I Série – B.

LEI nº 27/2002, de 8 de setembro. *Diário da República* nº 258. I Série – A.

LEI nº 48/1990, de 24 de agosto. *Diário da República* nº 195. I Série.

PROPOSTA DE LEI nº 334/XIII - Aprovada a 21 de maio de 2015.

SISTEMA DE NORMALIZAÇÃO CONTABILÍSTICA (2013) – 4ª Edição. Porto: Porto Editora.

LEI nº 27/2002 de 8 de novembro. *Diário da República* nº 184. I Série.

DIRETIVA Nº 2006/43/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 17 de maio de 2006.

DIRETIVA Nº 2014/56/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de abril de 2014.

REGULAMENTO (UE) Nº 537/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de abril de 2014.

IFAC - International Federation Of Accountants. (1999). *Amostragem de Auditoria e Outros Procedimentos Seletivos de Teste. International Standard of Related Services* nº 4400.

INTERNATIONAL STANDARD ON AUDITING (ISA) nº 200 - Objetivo e Princípios Gerais que Regem uma Auditoria de Demonstrações Financeiras

INTOSAI - International Organization Of Supreme Audit Institutions. (1997). *Code of Ethics for Auditors in the Public Sector*, documento disponível em: http://www.issai.org/media/12926/issai_30_e.pdf.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 49/2007, de 28 de março. *Diário da República* nº 62. I Série.

Teses de Doutoramento / Dissertações de Mestrado / Provas Académicas

DINIZ, V. C. A. (2013). *A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses. O caso da Contratualização nos Hospitais E.P.E.* Dissertação de Mestrado em Contabilidade e Finanças. Universidade de Coimbra – Faculdade de Economia.

EIRA, A. A. (2010). *A saúde em Portugal. A procura de cuidados de saúde privados.* Tese de Mestrado em Economia. FEP – Faculdade de Economia. Universidade do Porto, Portugal.

JORDÃO, E. (2012). *A Problemática dos Reinternamentos: Análise Comparativa dos Serviços de Medicina das Duas Unidades do Centro Hospitalar do Alto Ave EPE.* Dissertação de Mestrado em Economia e Políticas da Saúde. Minho: Universidade do Minho.

LEAL, I. M.A (2013). *Análise de Rácios Financeiros e a Sua Influência na Concessão de Descontos aos Lojistas.* Projeto de Estágio do Mestrado em Economia. FEP – Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Portugal.

1. Listagem de Hospitais S.A

Hospitais S.A.
Hospital Infante D. Pedro, S.A.
Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, S.A.
Hospital de São Gonçalo, S.A.
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, S.A.
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Coimbra, S.A.
Hospital Distrital de Bragança, S.A.
Hospital de Egas Moniz, S.A.
Hospital de São Francisco Xavier, S.A.
Hospital Geral de Santo António, S.A.
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto, S.A.
Hospital de Pedro Hispano, S.A.
Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, S.A.
Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, S.A.
Hospital Distrital da Figueira da Foz, S.A.
Hospital de São Teotónio, S.A.
Centro Hospitalar da Cova da Beira, S.A.
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Lisboa, S.A.
Hospital Pulido Valente, S.A.
Hospital de Santa Cruz, S.A.
Hospital de Santa Marta, S.A.
Hospital de Santa Maria Maior, S.A.
Hospital São João de Deus, S.A.
Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A.
Hospital de São Sebastião, S.A.
Hospital de Santo André, S.A.
Hospital Garcia da Orta, S.A.
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, S.A.
Hospital de São Bernardo, S.A.
Centro Hospitalar do Médio Tejo, S.A.
Hospital Distrital de Santarém, S.A.
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, S.A.

Fonte: *Elaboração Própria (2015), com base nos Decretos-Lei n.ºs 272/2002, 273/2002, 274/2002, 275/2002, 276/2002, 277/2002, 278/2002, 279/2002, 280/2002 e 281/2002, de 9 de dezembro; Decretos-Lei n.ºs 282/2002, 283/2002, 284/2002, 285/2002, 286/2002, 287/2002, 288/2002, 289/2002, 290/2002, 291/2002 e 292/2002, de 10 de dezembro; e Decretos-Lei n.ºs 293/2002, 294/2002, 295/2002, 296/2002, 297/2002, 298/2002, 299/2002, 300/2002, 301/2001 e 302/2003, de 11 de dezembro.*

2. Listagem de Hospitais E.P.E

Listagem de Hospitais E.P.E		
1ª Fase – Transformação de S.A em E.P.E		Legislação
Atual Designação	Anterior Designação	
Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.	Hospital Infante D. Pedro, S.A.	DL n° 93/2005, de 7 de junho e DL n° 233/2005 de 7 de junho
Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, E.P.E.	Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, S.A.	
Hospital de São Gonçalo, E.P.E.	Hospital de São Gonçalo, S.A.	
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, S.A.	
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Coimbra, S.A.	
Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E	Hospital Distrital de Bragança, S.A. + Hospital de Macedo de Cavaleiros + Hospital de Mirandela	
Hospital Geral de Santo António, E.P.E.	Hospital Geral de Santo António, S.A.	
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto, S.A.	
Unidade de Saúde Local de Matosinhos, E.P.E.	Hospital de Pedro Hispano, S.A.	
Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E.	Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, S.A.	
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E.	Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, S.A.	
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	Hospital Distrital da Figueira da Foz, S.A.	
Hospital de São Teotónio, E.P.E.	Hospital de São Teotónio, S.A.	
Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E.	Centro Hospitalar da Cova da Beira, S.A.	
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Lisboa, S.A.	
Hospital Pulido Valente, E.P.E.	Hospital Pulido Valente, S.A.	
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	Hospital de Santa Cruz, S.A. + Hospital de São Francisco Xavier, S.A. + Hospital de Egas Moniz, S.A.	
Hospital de Santa Marta, E.P.E.	Hospital de Santa Marta, S.A.	
Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E.	Hospital de Santa Maria Maior, S.A.	
Hospital de São João de Deus, E.P.E.	Hospital São João de Deus, S.A.	
Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.	Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A.	
Hospital de São Sebastião, E.P.E.	Hospital de São Sebastião, S.A.	
Hospital de Santo André, E.P.E.	Hospital de Santo André, S.A.	
Hospital Garcia da Orta, E.P.E.	Hospital Garcia da Orta, S.A.	
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.	Hospital de Nossa Senhora do Rosário, S.A.	

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	Hospital de São Bernardo, S.A + Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão	
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	Centro Hospitalar do Médio Tejo, S.A.	
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.	Hospital Distrital de Santarém, S.A.	
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, S.A.	
Hospital de Santa Maria, E.P.E.	Hospital de Santa Maria	
Hospital de São João, E.P.E.	Hospital de São João	
2ª Fase – Reorganizações, Transformações e Fusões		Legislação
Atual Designação	Anterior Designação	
Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E	Hospital do Espírito Santo de Évora	DL n° 50-A/2007 de 28 de fevereiro
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) + Hospital D. Estefânia + Hospital de Santa Marta, E.P.E.	
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.	Centro Hospitalar de Coimbra	
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	Centro Hospitalar de Vila Real / Peso da Régua, E.P.E. + Hospital Distrital de Chaves + Hospital Distrital de Lamego	
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.	Hospital de São João de Deus, E.P.E. + Hospital de Santo Tirso	
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.	Hospital de São José – Fafe + Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E.	
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia + Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho.	
Unidade de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.	Unidade de Saúde do Norte Alentejano	DL n° 50-B/2007, de 28 de fevereiro
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	Hospital Geral de Santo António, E.P.E. + Hospital Central Especializado em Crianças Maria Pia + Maternidade Júlio Dinis	DL n° 326/2007, de 28 de setembro
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.	Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E. + Hospital de São Gonçalo, E.P.E.	
Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde	DL n° 180/2008, de 26 de agosto
Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.	Hospitais da Universidade de Coimbra	
Hospital de Faro, E.P.E.	Hospital Central de Faro	
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	Centro Hospitalar do Alto Minho E.P.E. + Centros de Saúde do Distrito de Viana do Castelo	DL n° 183/2008, de 4 de setembro
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E. + Centros de Saúde do Distrito de Beja com exceção do Centro de Saúde de Odemira	
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.	Hospital de Sousa Martins – Guarda + Nossa Senhora da Assunção – Seia + Centros de Saúde	

	do Distrito da Guarda, com exceção dos Centros de Saúde de Foz-Côa e Aguiar da Beira	
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.	Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	DL nº 203/2008, de 10 de outubro
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.	Hospital de São Sebastião, E.P.E. + Hospital Distrital de São João da Madeira + Hospital de São Miguel – Oliveira de Azeméis	DL nº 27/2009, de 27 de janeiro
Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.	Hospital de Magalhães Lemos	
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E.	Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. + Hospital do Montijo	DL nº 280/2009, de 6 de outubro
Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.	Hospital do Litoral Alentejano	DL nº 303/2009, de 22 de outubro
Unidade Local de Saúde de Castelo – Branco, E.P.E.	Hospital Amato-Lusitano – Castelo Branco, com os Agrupamentos dos Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul	DL nº 318/2009, de 2 de novembro
Hospital Curry Cabral, E.P.E.	Hospital Curry Cabral	DL nº 21/2010, de 24 de março
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	Hospital de São João, E.P.E. + Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo	DL nº 30/2011, de 2 de março
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. + Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. + Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, E.P.E.	
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.	Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. + Hospital Visconde Salreu de Estarreja + Hospital Distrital de Águeda	
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	Hospital Cândido Figueiredo – Tondela + Hospital São Teotónio, E.P.E.	
Centro Hospitalar de Leiria – Pombal, E.P.E.	Hospital de Santo André, E.P.E. + Hospital Distrital de Pombal	
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	Centro Hospitalar do Porto E.P.E. + Hospital Joaquim Urbano	
Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.	Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E. + Agrupamentos dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I	DL nº 67/2011 de 11 de abril
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. + Hospital Curry Cabral, E.P.E. + Maternidade Dr. Alfredo da Costa	DL nº 44/2012, de 23 de fevereiro

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.	Hospital do Litoral Alentejano + Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral	DL n° 238/2012, de 31 de outubro
Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.	Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E.P.E.	DL n° 157/2013, de 12 de novembro
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	Centro Hospitalar do Barlavento-Algarvio, E.P.E. + Centro Hospitalar de Faro, E.P.E.	DL n° 69/2013, de 17 de maio
Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, E.P.E	O Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. desagrega o Hospital de São José – Fafe	DL n° 177/2015, de 25 de agosto

Fonte: *Elaboração Própria (2015), com base nos Decretos-Lei n° 93/2005, de 7 de junho; n° 233/2005 de 29 de dezembro; n° 326/2007, de 28 de setembro; n° 50-A/2007, de 28 de fevereiro; n° 50-B/2007, de 28 de fevereiro; n° 180/2008, de 26 de agosto; n° 183/2008, de 4 de setembro; n° 203/2008, de 10 de outubro; n° 27/2009, de 27 de fevereiro; n° 280/2009, de 6 de outubro; n° 303/2009, de 22 de outubro; n° 318/2009, de 2 de novembro; n° 21/2010, de 24 de março; n° 67/2011, de 2 de junho; n° 30/2011, de 2 de março; n° 44/2012, de 23 de fevereiro; n° 238/2012, de 31 de outubro; n° 69/2013, de 17 de maio; n° 157/2013, de 12 de novembro*

3. Distribuição Geográfica da Rede Hospitalar em Portugal

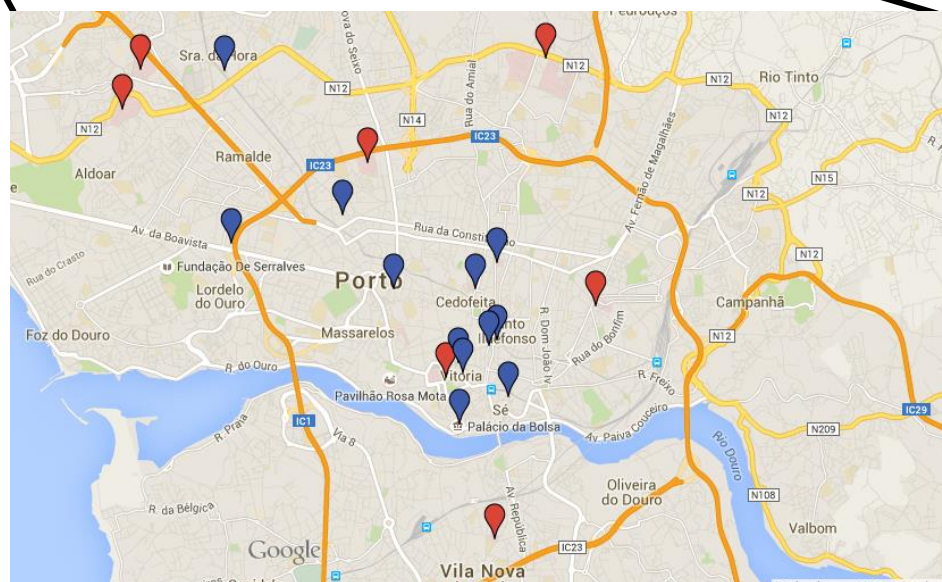
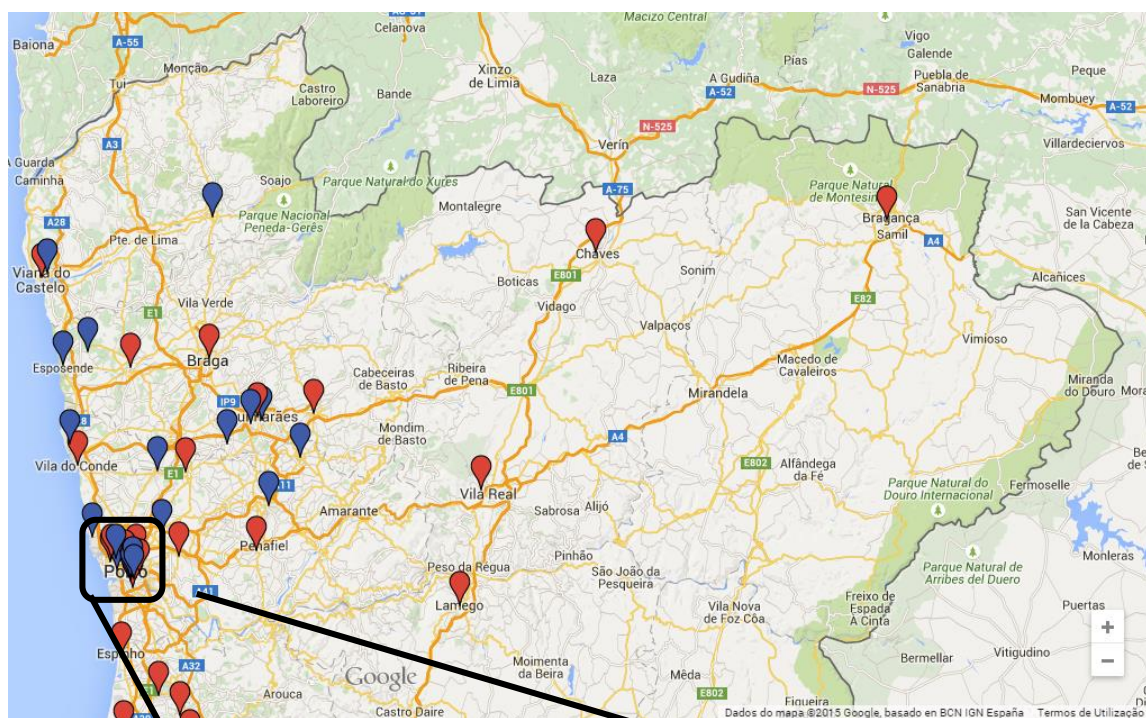
1 – Visão Geral

Nas imagens apresentadas abaixo são apresentados, a vermelho, os hospitais do setor público e, a azul, os hospitais do setor privado.



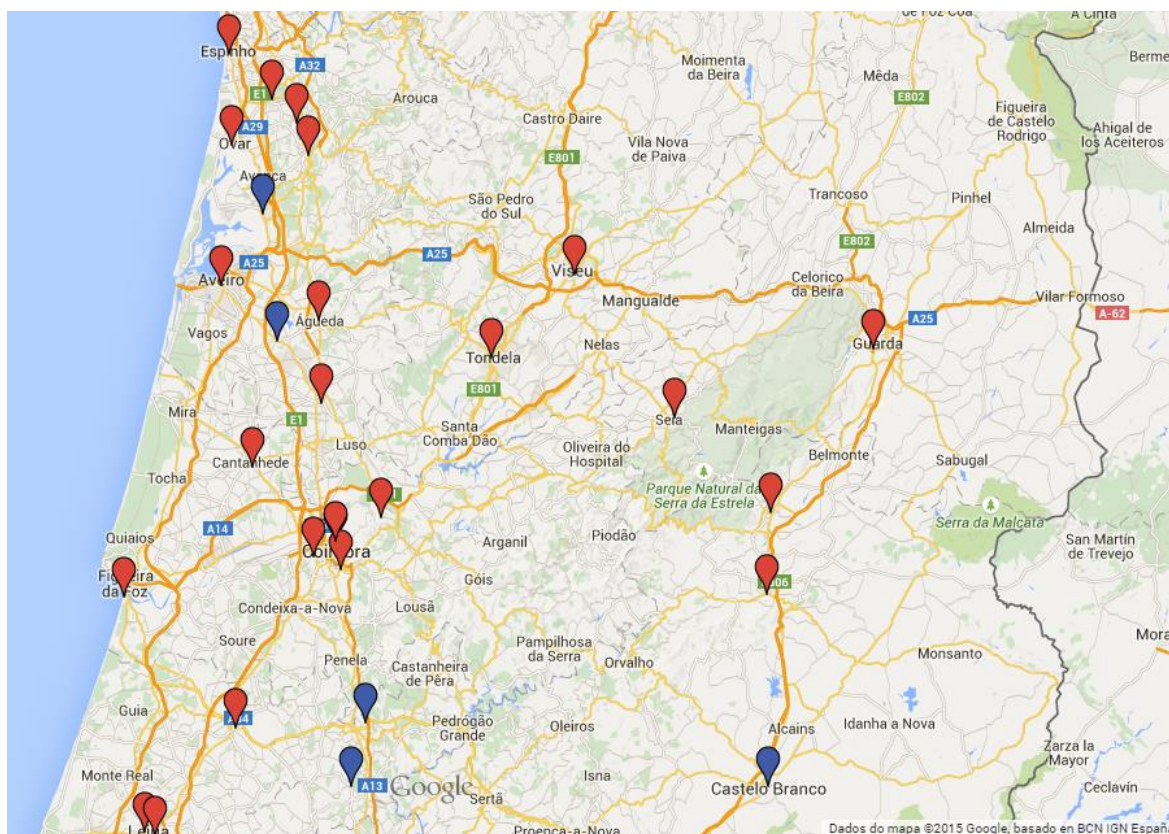
Fonte: Elaboração Própria (2015) com apoio da ferramenta Google® My Maps

2 – Norte:



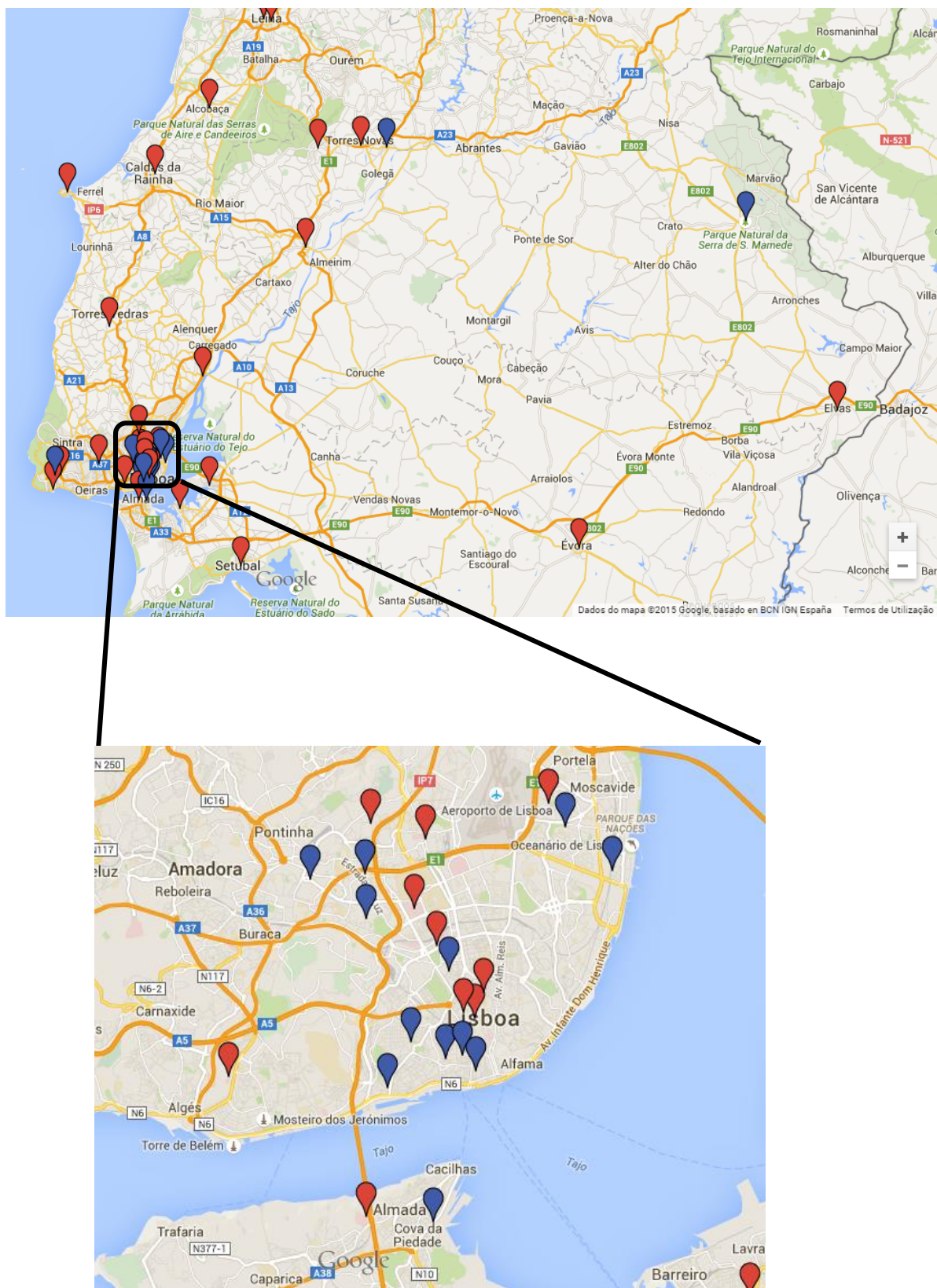
Fonte: Elaboração Própria (2015) com apoio da ferramenta Google® My Maps

3 – Centro:



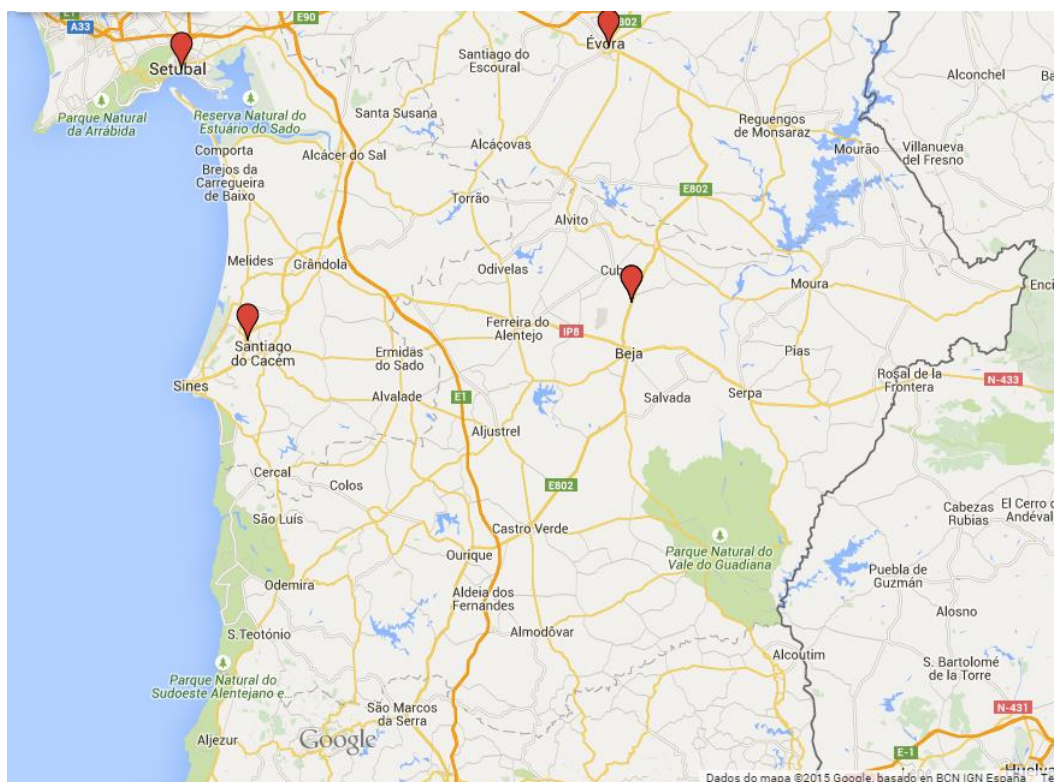
Fonte: *Elaboração Própria (2015) com apoio da ferramenta Google® My Maps*

4 – Lisboa e Vale do Tejo:



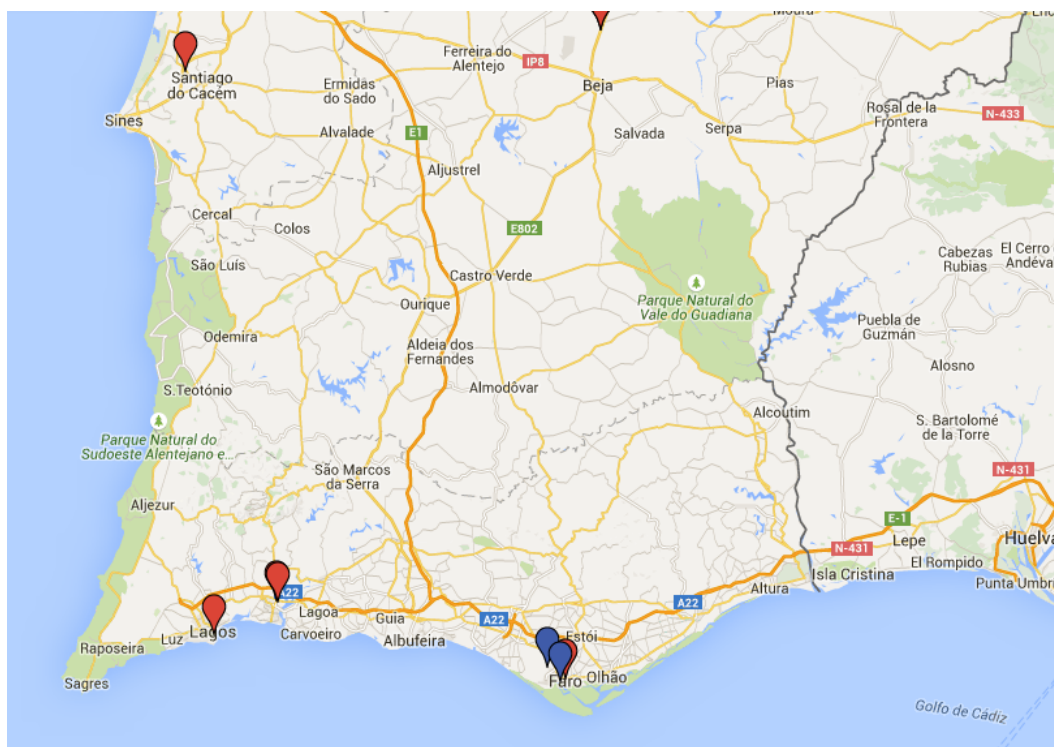
Fonte: Elaboração Própria (2015) com apoio da ferramenta Google® My Maps

5 – Alentejo:



Fonte: Elaboração Própria (2015) com apoio da ferramenta Google® My Maps

6 – Algarve:



Fonte: Elaboração Própria (2015) com apoio da ferramenta Google® My Maps

4. Inquérito por Questionário

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

Mestrado em Auditoria

Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto

Mariana Ferreira

INTRODUÇÃO

Bom dia,

Antes de mais agradeço imenso a sua colaboração.

O presente inquérito pretende apoiar parte da investigação levada a cabo no âmbito da minha Dissertação de Mestrado subjacente ao tema da avaliação de desempenho hospitalar comparando o setor público com o privado. A sua colaboração será por isso de extrema importância.

Todas as respostas serão tratadas de forma anónima.

DADOS PESSOAIS

Sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

Idade:

☐ 18 – 29 ☐ 30 – 39 ☐ 40 – 49 ☐ 50 – 59 ☐ 60 – 69 ☐ mais de 70

Rendimento Médio do Agregado Familiar:

☐ até 400€ ☐ de 401€ a 650€ ☐ de 651€ a 1000€ ☐ de 1001€ a 2000€ ☐ superior a 2001€

Habilitações Literárias:

☐ até 9º ano ☐ 12º ano ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Douturamento

QUESTÕES

1. Dispõe de algum seguro de saúde?

☐ Sim ☐ Não

2. Dispõe de algum subsistema de saúde? (ADSE, SAMS, ADM, SAD, etc...)

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu sim, indique qual: _____

3. Com que frequência recorre a um hospital público?

☐ nunca ☐ menos de 5 vezes por ano ☐ entre 5 a 10 vezes por ano ☐ mais de 10 vezes por ano

4. Com que frequência recorre a um hospital privado?

☐ nunca ☐ menos de 5 vezes por ano ☐ entre 5 a 10 vezes por ano ☐ mais de 10 vezes por ano

5. Quais dos seguintes serviços procura com mais frequência num hospital público?

☐ Consultas Externas ☐ Serviço de Urgência ☐ Realização de Exames Médicos
☐ Obtenção de Segunda Opinião Médica ☐ Outros. Quais? _____

6. Quais dos seguintes serviços procura com mais frequência num hospital privado?

☐ Consultas Externas ☐ Serviço de Urgência ☐ Realização de Exames Médicos
☐ Obtenção de Segunda Opinião Médica ☐ Outros. Quais? _____

7. Como caracteriza os custos inerentes ao setor público?

☐ Baixos ☐ Suportáveis ☐ Elevados ☐ Exagerados

8. Como caracteriza os custos inerentes ao setor privado?

☐ Baixos ☐ Suportáveis ☐ Elevados ☐ Exagerados

9. Qual dos seguintes aspetos considera determinantes na hora de escolher entre o setor público e o privado?

☐ Custo Inerente ☐ Qualidade ☐ Localização ☐ Médicos ☐ Tempestividade na Respostas
☐ Liberdade na Marcação de Consultas ☐ Outro. Qual(ais)? _____

OBRIGADA ☺

5. Inquérito por Entrevista

5.1 Hospital Privado

Questão 1:

- a) Têm a perceção de que a qualidade dos vossos serviços influencia a procura?
- b) De que forma, na vossa opinião, a posse de um Seguro ou Subsistema de Saúde influencia os utentes a optarem pelo vosso em detrimento de um Hospital Público?
- c) Para além da qualidade, que outro(s) aspeto(s) consideram que os utentes vêm como determinantes na hora de escolha entre setores?

Questão 2:

a) Quais os serviços mais procurados no Hospital Privado? Consultas Externas? Realização de Exames Médicos? Serviço de Urgência? Obtenção de Segunda Opinião Médica?

Questão 3:

- a) Qual a formação do vosso administrador hospitalar?
- b) Como vêm essa formação no âmbito da busca de uma maior eficiência e eficácia a nível operacional?

Questão 4:

a) É da perceção geral que os hospitais privados apresentam melhor desempenho do que os hospitais públicos. Como se defrontam com esta temática? Concordam? Porquê?

Questão 5:

a) Como funciona o Sistema de Auditoria Interna dentro do Hospital Privado?

Questão 6:

a) Com base na tabela 40 da presente dissertação, qual a vossa opinião sobre os KPI utilizados?

Questão 7:

a) Do vosso ponto de vista, o que é um hospital com um bom desempenho? Serão mais importantes os resultados económicos ou os resultados das avaliações de desempenho?

5.2 Centro Hospitalar de São João

Questão 1:

- a) Têm a perceção de que a qualidade dos vossos serviços influencia a procura?
- b) De que forma, na vossa opinião, a posse de um seguro ou subsistema de saúde influencia os utentes a optarem entre o CHSJ e um hospital privado?

Questão 2:

a) Como vêm a formação base (Medicina) do vosso administrador no âmbito da busca de uma maior eficiência e eficácia a nível operacional? E se a formação fosse em Gestão? Seria diferente?

Questão 3:

a) O que pensa do facto de alguns médicos do CHSJ estarem a trabalhar como médicos de referência no HCP?

Questão 4:

a) Dados do inquérito já realizado mostram-nos que é da perceção geral que os hospitais privados apresentam melhor desempenho de que os hospitais públicos. Como se defrontam com esta temática? Concordam?

Questão 5:

a) Em linhas gerais como funciona o Sistema de Auditoria Interna (SAI) do CHSJ?

Questão 6:

a) Com base na tabela 40 da presente dissertação, qual a vossa opinião sobre os KPI utilizados?

Questão 7:

a) Do vosso ponto de vista, o que é um hospital com um bom desempenho? Serão mais importantes os resultados económicos ou os resultados operacionais na vertente do desempenho?

Hospital de São João

1. Relatório & Contas 2013
2. Relatório & Contas 2014
3. Relatório de Governo Societário 2013
4. Relatório de Governo Societário 2014

José Mello Saúde

5. Relatório e Contas 2013
6. Relatório e Contas 2014
7. Relatório de Qualidade Clínica 2013
8. Relatório de Sustentabilidade 2013
9. Relatório de Sustentabilidade 2014

Hospital CUF Porto

10. Relatório e Contas 2013
11. Relatório e Contas 2014

Banco de Portugal

12. Quadro do Setor CAE: 86100 - Atividades dos Estabelecimentos de Saúde com Internamento